

RKI Abteilung 2: Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring Planungs- und Umsetzungskonzept

Stand: 31.03.2022

Gültig bis: 31.12.2025

vorgelegt von der Abteilungsleitung, bestehend aus:

[REDACTED]

den Fachgebietsleitungen, bestehend aus:

[REDACTED]

unterstützt durch:

[REDACTED]

[REDACTED]

Zusammenfassung	7
Erweiterte Public Health Surveillance	7
Ausbau Journal of Health Monitoring	8
RKI Panel	9
RKI Health Information System	9
RKI Biobank	10
1. Einleitung und Übersicht	11
1.1. Gesetzlicher Rahmen	11
1.2. Inhaltliche Schwerpunkte der Abteilung	12
1.3. Strategische Ausgangs- und Rahmenbedingungen	13
Strategiekonzept RKI 2025, begleitende Roadmap und 9-Punkte-Plan	13
Vernetzung mit nationalen und internationalen Akteuren	16
Lehren aus der COVID-19-Pandemie.....	16
1.4. Aufbaulogik des Strategiekonzepts	17
2. Public Health Surveillance: NCD-Kernindikatorik.....	18
2.1. Ausgangssituation	18
Nationale Diabetes-Surveillance	20
Mental Health Surveillance	20
Krebserkrankungen	21
Improving Health Monitoring in Migrant Populations (IMIRA)	22
Adipositas Monitoring (AdiMon).....	23
Policy Evaluation Network (PEN)	23
Joint Action Health Equity in Europe (JAHEE)	24
Indikatoren der Präventionsberichterstattung	24
Improving Health Monitoring in Older Age (IMOA).....	25
Krankheitslaststudie für Deutschland	25
2.2. NCD Kernindikatorik	26
Zielbeschreibung	26
Stand der Bewilligung des Vorhabens.....	31
2.3. Indikatoren für Schwerpunktthemen	32
Kinder- und Jugendgesundheit	32
Gesundheit älterer und hochaltriger Menschen.....	33
Gesundheit schwer erreichbarer Bevölkerungsgruppen	36
Umwelt und Gesundheit	38
Ressourcenbedarfsschätzung.....	40

	Maßnahmen und Zeitplanung.....	41
3.	Neue Infrastrukturangebote	42
3.1.	Studienplanung: JoHM Studienregister	42
	Ausgangssituation	42
	Zielbeschreibung	43
	Ressourcenbedarfsschätzung.....	44
	Maßnahmen und Zeitplan.....	44
3.2.	Datenerhebung: RKI Panel	44
	Ausgangssituation	44
	Zielbeschreibung	46
	Ressourcenbedarfsschätzung.....	48
	Maßnahmen und Zeitplanung.....	49
3.3.	Dissemination: Health Information System (HIS)	51
	Ausgangssituation	51
	Zielbeschreibung	53
	Ressourcenbedarfsschätzung.....	58
	Maßnahmen und Zeitplanung.....	58
3.4.	Distribution: RKI Biobank	59
	Ausgangssituation	59
	Zielbeschreibung	59
	Ressourcenbedarfsschätzung.....	61
	Maßnahmen und Zeitplanung.....	61
	Synergiepotenziale und Schnittstellen zu anderen RKI-Abteilungen und - Organisationseinheiten	62
4.	Forschungs- und Drittmittelstrategie	63
	Ausgangssituation	63
	Zielbeschreibung	68
	Maßnahmen und Zeitplanung.....	69
5.	Organisationsstruktur.....	70
	Ausgangssituation	70
	Zielbeschreibung	72
	Maßnahmen und Zeitplanung.....	73
6.	Qualitäts- und Projektmanagement.....	74
6.1.	Abteilungsinterne Qualitätssicherung	74
	Ausgangssituation	74
	Zielbeschreibung	75

6.2.	Externe Qualitätssicherung	76
	Ausgangssituation	76
	Zielbeschreibung	77
6.3.	Projektmanagement (PM)	78
	Ausgangssituation	78
	Zielbeschreibung	78
6.4.	Beratungsgremien der Abteilung	79
	Ausgangsbeschreibung.....	79
	Zielbeschreibung	80
	Maßnahmen und Zeitplanung.....	81
	Literatur	83
	Anhang	84
	Anhang 1: FG-übergreifende AGs und vorläufige Beiträge der Fachgebiete zur Etablierung der neuen Angebote der Abteilung (HIS, Public Health Surveillance, Studienregister, RKI Panel, Forschung)	85
	Anhang 2: Strategische Kooperationen	94
	Anhang 3: Drittmittelprojekte der Abteilung (seit 2015)	96
	Anhang 4: Arbeitsgruppen in bzw. unter Beteiligung der Abteilung	98
	Anhang 5: Abgrenzung von RKI-Panel und NAKO Gesundheitsstudie	101

Zusammenfassung

Die Abteilung 2 hat die übergeordnete Aufgabe, gesundheitspolitisch relevante und verlässliche Informationen für den Bereich der nichtübertragbaren Krankheiten (NCD) zur richtigen Zeit an richtiger Stelle vorzulegen, um die Planung und Umsetzung von Public Health-Maßnahmen zu unterstützen. Ziel ist dabei, die Krankheitslast der Bevölkerung zu senken, Gesundheit und Wohlbefinden in der Bevölkerung zu stärken und dies für alle Gruppen der Bevölkerung zu gewährleisten. Hierzu müssen entsprechende Informationen fortlaufend und systematisch erhoben, zusammengeführt und bewertet werden.

Dieses Planungs- und Umsetzungskonzept beschreibt die Vorhaben der Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring im Rahmen der Weiterentwicklung des RKI bis 2025. Es soll der strategischen Steuerung (Programmplanung) der Abteilung dienen und die operative Planung und Umsetzung der skizzierten Vorhaben unterstützen.

Ausgehend von den gesetzlichen Grundlagen, den inhaltlichen Public-Health-Anforderungen sowie den übergeordneten strategischen Zielen des RKI, werden in diesem Konzept die zentralen neuen Angebote der Abteilung vorgestellt, und zwar: eine bereits dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) zur Bewilligung vorgelegte Public-Health-Kernindikatorik, mit Fokus auf nicht-übertragbare Krankheiten und ihre Determinanten sowie ein Vorschlag für deren Erweiterung um spezifische Fragestellungen, ein auf die Forschungsaktivitäten der Abteilung hin ausgerichtetes Studienregister, eine Panelinfrastruktur (RKI Panel), ein Gesundheitsinformationssystem (Health Information System, HIS) und eine Vertriebsstruktur für Bioproben (RKI Biobank). Neben diesen neuen Angeboten wird auf die zukünftige Forschungs- und Drittmittelstrategie, die Organisationsstruktur sowie das Projekt- und Qualitätsmanagement eingegangen.

In den nachfolgenden Unterabschnitten dieser Zusammenfassung werden lediglich die neuen Vorhaben kurz skizziert.

Erweiterte Public Health Surveillance

Public Health Surveillance ist von zentraler Bedeutung für den Schutz und die Förderung von Gesundheit in allen Gruppen der Bevölkerung. Ihre Aufgabe besteht darin, gesundheitspolitisch relevante und verlässliche Informationen zur richtigen Zeit an richtiger Stelle vorzulegen, um die Planung und Umsetzung von Public Health-Maßnahmen zu unterstützen. Die Public Health Surveillance spielt damit eine zentrale Rolle im Public-Health-Action-Cycle und damit für Public Health insgesamt. Kennzahlen (Indikatoren) dienen dazu, Public Health relevante Informationen im Rahmen einer Public Health Surveillance in messbarer Form, valide, reliabel und über die Zeit vergleichbar zu erheben. Die Abteilung 2 des RKI verfügt über umfangreiche Expertise in der Entwicklung, Erhebung, Auswertung und Interpretation von Public Health Indikatoren. Mit Förderungen durch das BMG wurde in den letzten Jahren auf Projektebene der Aufbau einer Diabetes-Surveillance (2015-2021), einer Mental Health (MH)-Surveillance (2019-2021) und eines bevölkerungsweiten Monitorings adipositasrelevanter Einflussfaktoren im Kindes- und Jugendalter (AdiMon, 2015-2020) am RKI ermöglicht.

Diese befristeten Drittmittelprojekte kooperieren dabei eng miteinander und sollen perspektivisch in einer NCD -Surveillance integriert werden. Die Ressourcen für eine dauerhafte Implementierung sind beantragt, aber bisher noch nicht bewilligt.

Mit der im letzten Jahr bereits beantragten Verstärkung stünde eine Basis-Kern-NCD-Surveillance zur Verfügung, welche die essentiellen Merkmalsbereiche abdeckt, die für alle Bevölkerungs- und Altersgruppen 'im Durchschnitt' relevant sind. Tiefer- bzw. weitergehende Erkenntnisse im Hinblick auf gesonderte Zielgruppen (Kinder- und Jugendliche, Hochaltrige, schwer erreichbare Gruppen, vor allem Migrantinnen und Migranten) oder zu sehr speziellen Fragestellungen (z.B. zum Einfluss einer sich verändernden Umwelt auf Gesundheit und Wohlbefinden, Gesundheitslast) sind mit dieser Kernindikatorik jedoch nicht in der eigentlich erforderlichen Differenzierung zu erwarten. Entsprechendes gilt für die in diesem Konzept teilweise integrierten Ressourcen für Informationsangebote und Krankheitslastanalysen (siehe Abschnitt [HIS](#))

Die Public-Health-Surveillance-Kernindikatorik soll über die bereits beantragte NCD-MH-Surveillance hinaus ausgebaut werden, um politisch relevante Fragestellungen adressieren zu können, für welche die zu erwartende Daten- und Analysebasis nicht ausreichend sein wird. Die Abteilung 2 soll die Möglichkeit erhalten, die Public-Health-Surveillance-Kernindikatorik für spezielle Zielgruppen auszubauen (Kinder- und Jugendliche, Hochaltrige, sozial benachteiligte Gruppen) und auf dieser Basis differenzierte langfristig Krankheitslastberechnungen (siehe Abschnitt [HIS](#)) anfertigen und berichten zu können. Hierzu ist es erforderlich, dass zusätzliche Personalressourcen für Analysen und Indikatorenentwicklung bereitgestellt wird.

Ausbau Journal of Health Monitoring

Das Journal of Health Monitoring ([JoHM](#)) ist ein integrierter Bestandteil der Gesundheitsberichterstattung und konnte in kurzer Zeit eine beachtliche - auch internationale - Reputation aufbauen. Die Realisation des JoHM erfolgt derzeit über RKI-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter sowie in erheblichem Umfang durch befristet eingestellte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Ausgehend vom Status quo existieren in der Abteilung 2 Konzepte zum weiteren Ausbau des JoHM in Richtung eines mehrere Publikationsformate umfassenden Journals der nationalen Gesundheitsberichterstattung mit internationaler Ausstrahlung. Diese Erweiterung des Angebotsportfolios bedingt eine Neukonzeption und deutliche Ausweitung der Abläufe (z. B. Einsatz eines Journal Management Systems) und einer personellen Unterstützung. Dieser erforderliche Ausbau des JoHM, das über den GBE-Titel sowie mit RKI-Ressourcen realisiert wird, erfordert zusätzliche Personal- und Sachmittel.

Das JoHM soll um weitere Publikationsformate ergänzt werden und damit seine nationale und internationale Reichweite und Reputation weiter ausbauen. Zu den zusätzlichen Publikationsformaten gehören (neben Originalbeiträgen): Studienprotokolle, RKI Datenbeschreibungen (data journal section) und Bioprobenbeschreibungen. Diese neuen Formate werden ganz entscheidend die Sichtbarkeit und Nutzung von verbundenen RKI Angeboten (Datensätze, Bioproben und über eingereichte Studienprotokolle das RKI Panel) fördern.

RKI Panel

Die bisherigen Monitoringstudien des RKI haben sich spätestens in der COVID-19 Pandemie als langwierig, kaum an kurzfristig auftretenden Informationsbedarfen anpassbar und - im Falle der abgesagten gern-Studie - als fragil erwiesen. Von der Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung der bisherigen Studien mussten in der Regel mehrere Jahre veranschlagt werden. Darüber hinaus erfordert die seitens des BMG geforderte Public-Health Surveillance verhältnismäßig hochfrequente Datenerhebungen.

Es soll eine auf die Amtsaufgaben des RKI und die Bedarfe der Public-Health-Forschung ausgerichtete Panel-Infrastruktur ('RKI Panel'), bestehend aus umfangreichen repräsentativen sowie nicht-probabilistischen Stichproben, aufgebaut werden. Mittels dieser Infrastruktur sollen Daten aus drei generischen Quellen laufend und zeitnah auswertbar erhoben werden, und zwar Befragungsdaten, Messdaten und Labordaten. Im RKI Panel soll neben den zur Public-Health Surveillance gehörenden Merkmalsbereichen auch Kernelemente der Bestandsuntersuchungen des RKI überführt werden. Als zentrale Datenerhebungsinfrastruktur des RKI sollen Schnittstellen zur Datennachnutzung entwickelt werden, wie z.B. zum Zentrum für künstliche Intelligenz (ZKI).

RKI Health Information System

Die Gesundheitsberichterstattung (GBE) bietet eine kontinuierliche Berichterstattung zu einem breiten Themenspektrum rund um die gesundheitliche Situation der Bevölkerung in Deutschland und stellt umfassende Daten- und Informationsgrundlagen für unterschiedliche Zielgruppen bereit. Unterschiedliche Disseminationsformate kommen bisher zum Einsatz, wie beispielsweise Journal of Health Monitoring ([s.o.](#)), thematische Gesundheitsberichte (z.B. „Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland“) und umfassende Gesundheitsberichte („Gesundheit in Deutschland“). Das derzeitige vielfach textorientierte Produktspektrum beinhaltet jedoch noch nicht ausreichend digitale Informationsangebote, die kurzfristig und flexibel unterschiedliche Gesundheitsinformationen für verschiedene Adressatengruppen bereitstellen können.

Es soll ein Health Information Systems (HIS) aufgebaut und nachhaltig etabliert werden, das die bisherigen Disseminationsformate unter einem Dach vereint, harmonisiert und neue Elemente wie beispielsweise aktuelle digitale Informationsangebote wie Dashboards und interaktive Darstellungsformate hinzufügt. Ein HIS oder auch Gesundheitsinformationssystem ist ein zentrales (one-stop shop) und flexibles digitales Informationssystem, das für unterschiedliche Zielgruppen (z.B. Politik, Wissenschaft, Medien, Fachöffentlichkeit) adäquate, valide, Public-Health-relevante Informationen in geeigneten Formaten niederschwellig bereitstellt. Es orientiert sich dabei an international führenden Portalen anderer nationaler Public-Health-Institute wie Public Health England oder den Centers for Disease Control. Ein wichtiges übergreifendes Element des HIS ist dabei die Nationale Krankheitslastrechnung. Das Konzept der Krankheitslast vereint Informationen zur Mortalität und Morbidität in der Bevölkerung. Im Ergebnis werden die Auswirkungen einzelner Erkrankungen auf die Bevölkerungsgesundheit als der Verlust von Lebensjahren und Lebensqualität quantifiziert und

Krankheiten miteinander vergleichbar gemacht. Durch Integration unterschiedlicher Datenquellen wie der Bevölkerungs- und Todesursachenstatistik sowie von Abrechnungs- oder Surveydaten wird so eine morbiditätsorientierte und regionalisierte Informationsgrundlage bereitgestellt, wie sie für die Planung einer bedarfsgerechten Versorgung und Prävention seit langem eingefordert wird. Die Nationale Krankheitslastrechnung wird derzeit aus Drittmitteln aufgebaut und soll als dauerhafte Informationsgrundlage für Gesundheitspolitik und Wissenschaft implementiert werden.

RKI Biobank

Aus bevölkerungsrepräsentativen Untersuchungsstudien des RKI-Gesundheitsmonitorings sowie den pandemiebegleitenden COVID-19-Studien verfügt die Abteilung 2 über umfangreiche und langfristig eingelagerte Bioproben. Diese Bioproben lassen sich (rechtssicher) mit Befragungsdaten kombinieren und stellen eine wichtige Ressource zur Beantwortung eines breiten Spektrums an Public-Health Fragestellungen dar. Die Abteilung 2 verzeichnet eine stetig steigende Anzahl an Anfragen zur Nutzung dieser Bioproben seitens externer Forscherinnen und Forscher, kann der Nachfrage jedoch aufgrund einer fehlenden Vertriebsstruktur nur sehr bedingt nachkommen. Dadurch wird Forschungsinnovation mit Public-Health Relevanz behindert.

Externen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern soll ermöglicht werden, die am RKI langfristig eingelagerten Bioproben für Public-Health relevante Forschungsvorhaben zu nutzen. Dies soll erreicht werden durch (1) den Aufbau einer Vertriebsstruktur für Bioproben (nebst dazugehöriger Befragungsdaten) sowie (2) durch die Unterstützung der auf den RKI Bioproben basierenden Forschungsprojekten, so dass eine optimale Translation in die Public-Health-Praxis gewährleistet ist.

1. Einleitung und Übersicht

Dieses Planungs- und Umsetzungskonzept beschreibt die Vorhaben der Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring im Rahmen der Weiterentwicklung des RKI bis 2025. Es soll der strategischen Steuerung (Programmplanung) der Abteilung dienen und die operative Planung und Umsetzung der skizzierten Vorhaben unterstützen.

Als Instrument zur Programmplanung und -steuerung der Abteilung richtet sich das Konzept an mehrere Zielgruppen, und zwar (1) an die Leitung des RKI, (2) das Bundesgesundheitsministerium (BMG) sowie an (3) alle zuständigen Beiräte und Kommissionen auf RKI- und Abteilungsebene. Darüber hinaus soll das vorliegende Strategiedokument (4) RKI-intern transparent darstellen, in welche Richtungen sich die Abteilung 2 entwickeln möchte. Hieraus sollten sich vielfältige RKI-interne Anknüpfungspunkte und Querverbindungen ergeben. Schließlich dient das Dokument (5) abteilungsintern als verbindliche Planungs- und Umsetzungsgrundlage.

Ausgehend von den gesetzlichen Grundlagen, den inhaltlichen Public-Health-Anforderungen sowie den übergeordneten strategischen Zielen des RKI, werden in diesem Konzept die zentralen neuen Angebote der Abteilung vorgestellt, und zwar: eine bereits dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) zur Bewilligung vorgelegte Public-Health-Kernindikatorik, mit Fokus auf nicht-übertragbare Krankheiten und ihre Determinanten, ein auf die Forschungsaktivitäten der Abteilung hin ausgerichtetes Studienregister, eine Panelinfrastruktur (RKI Panel), ein Gesundheitssystem (Health Information System, HIS) und eine Vertriebsstruktur für Bioproben (RKI Biobank). Neben diesen neuen Angeboten wird auf die zukünftige Forschungs- und Drittmittelstrategie, die Organisationsstruktur sowie das Projekt- und Qualitätsmanagement eingegangen.

1.1. Gesetzlicher Rahmen

Die gesetzlichen Grundlagen der Abteilung sind im [Gesundheitseinrichtungen-Neuordnungsgesetz \(GNG\)](#) verankert; relevant sind die folgenden drei von sieben Punkten:

1. Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von infektiösen und nicht-übertragbaren Krankheiten
2. Epidemiologische Untersuchungen auf dem Gebiet der übertragbaren und nicht-übertragbaren Krankheiten, einschließlich der Erkennung und Bewertung von Risiken sowie der Dokumentation und Information
3. Gesundheitsberichterstattung (GBE)

Daraus ergeben sich die gesetzlichen (Prozess-) Aufgaben der Abteilung für die Bereiche Public Health Surveillance mit Fokus auf nicht-übertragbare Krankheiten (einschließlich ihrer Determinanten), Datenerhebung/-aufbereitung und Gesundheitsberichterstattung als Amtsaufgaben, die das übergeordnete Ziel haben, die Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland zu verbessern. Mit der Bereitstellung von Daten und wissenschaftlich fundierten Erkenntnissen zur Bevölkerungsgesundheit und ihren Einflussfaktoren soll die Abteilung eine Grundlage für die Evidenzbasierung von Public-Health-Maßnahmen leisten. In der Abteilung

wird diese Aufgabenstellung durch drei operativ orientierte Fachgebiete (Epidemiologisches Daten- und Befragungszentrum, Epidemiologisches Zentrallabor, Monitoringstudien und Surveymethoden), fünf primär inhaltliche Fachgebiete (Körperliche Gesundheit, Psychische Gesundheit, Gesundheitsverhalten, Soziale Determinanten der Gesundheit, Zentrum für Krebsregisterdaten) sowie das auf Dissemination orientierte Fachgebiet Gesundheitsberichterstattung abgebildet. Für das Zentrum für Krebsregisterdaten besteht eine weitere gesetzliche Grundlage ([Bundeskrebsregisterdatengesetz](#)), auf die hier nicht weiter eingegangen wird.

1.2. Inhaltliche Schwerpunkte der Abteilung

Die inhaltliche Ausrichtung der Abteilung orientiert sich an den wesentlichen Herausforderungen an Public Health, die durch die Alterung der Bevölkerung, den Wandel des Krankheitsspektrums hin zu chronischen körperlichen Erkrankungen und psychischen Störungen, Änderungen im Gesundheitsverhalten sowie gesellschaftlicher Rahmenbedingungen (wie Digitalisierung des Alltags und im Gesundheitswesen, Urbanisierung, Veränderungen der Mobilität, Klimaschutz und vor allem wachsende gesundheitliche Ungleichheit) gekennzeichnet sind. Hieraus ergeben sich inhaltliche Schwerpunkte, die von der Abteilung kontinuierlich bearbeitet werden:

Nicht-übertragbare Krankheiten (non communicable diseases, NCD) im somatischen Bereich wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Diabetes, Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems oder Lungenerkrankungen sind entscheidende Ursachen von vorzeitiger Sterblichkeit, Einschränkungen von Lebensqualität sowie hohen Kosten für das Gesundheitssystem. Ebenso tragen psychische Störungen wie Depressionen, Angststörungen oder Suchterkrankungen sowie Einschränkungen des psychischen Wohlbefindens maßgeblich zur Krankheitslast bei und stehen an zweiter Stelle der kostenträchtigsten Erkrankungen und Beeinträchtigungen in Deutschland. Somatische und psychische Gesundheit stehen in enger Wechselwirkung zueinander, haben oft gemeinsame Ursachen und können sich in ihrem Verlauf gegenseitig beeinflussen. Im Rahmen der NCD-Surveillance werden daher beide Bereiche gemeinsam betrachtet.

Als gemeinsame Ursachen für diese wichtigen Krankheiten stehen neben nicht veränderbaren Faktoren wie Genen oder dem Alter vor allem verhaltensbasierte Determinanten (wie Ernährung, Bewegung, Substanzkonsum, chronische Stressbelastung) und andere individuelle Determinanten (wie Traumata, Gesundheitskompetenz oder Selbstwirksamkeit) im Fokus. Diese Determinanten haben ihrerseits wichtige verhältnisorientierte Determinanten (causes of the causes), die ihren Ursprung auch in gesellschaftlichen Strukturen und der Lebensumwelt, d. h. der sozialen, der beruflichen, der technischen Umwelt haben. Ein enger Zusammenhang besteht mit den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen sowie (gesundheits-)politischen Interventionen und Maßnahmen (siehe Abbildung 1).

Abbildung 1: Gesundheitsdeterminanten nach Dahlgren und Whitehead (1991).

<https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>



Dieser inhaltlich-konzeptionelle Zugang wird im Grundsatz von den meisten nationalen Public Health Instituten verfolgt und steht im Einklang mit dem international vereinbarten [WHO global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases](#) und seinen Folgeprozessen. Die Struktur der Abteilung 2 (inhaltliche Fachgebiete) spiegelt die relevanten Faktoren für Gesundheit wieder. Der Fokus liegt dabei auf den Krankheiten bzw. Determinanten mit hoher Public-Health-Relevanz und einer Beeinflussbarkeit durch Interventionen auf Verhältnis- und Verhaltensebene im Sinne des Public-Health-Action-Cycles.

1.3. Strategische Ausgangs- und Rahmenbedingungen

Strategiekonzept RKI 2025, begleitende Roadmap und 9-Punkte-Plan

Das Strategiekonzept [RKI 2025 \(Evidenz erzeugen – Wissen teilen – Gesundheit schützen und verbessern\)](#) zeichnet die zentralen Entwicklungslinien des RKI für die kommenden Jahre vor, um das RKI in seiner Rolle als nationales Public Health Institut weiter zu stärken. Thematisch werden dabei zahlreiche Schwerpunkte genannt, die in diesem Planungs- und Umsetzungskonzept der Abteilung 2 integriert sind, darunter auch zahlreiche Themen, die für den NCD-Bereich in der Zukunft eine entscheidende Rolle spielen werden.

Auf der Datenebene zählen im Hinblick auf Surveillance und Monitoring hierzu die *verbesserte Nutzung und der Ausbau von Datenquellen*, die übergreifende Analysen für alle Berei-

che des RKI ermöglichen, sowie die Verknüpfung mit externen Informationen wie beispielsweise mit Daten der Sozialversicherungssysteme oder geografischen Informationssystemen, um so eine auch regional stärker differenzierende GBE auszubauen.

Auf der inhaltlichen Ebene werden *Themen mit NCD-Relevanz* wie die Rolle von sozialen Determinanten für die Gesundheit, Gesundheitsverhalten und seine Einflussfaktoren, demographischer Wandel, gesundes Altern sowie Environmental Public Health als wichtige Bereiche des RKI thematisiert, die künftig verstärkt bearbeitet werden sollen. Dies umfasst ebenfalls die übergreifende Analyse der Krankheitslast.

Wissen zu vermitteln ist ein Leitgedanke des RKI und spiegelt sich daher prominent in der Strategie. Das RKI hat das Ziel, die Kapazitäten und Ressourcen für Kommunikation und Wissensvermittlung zu stärken und neue, schnelle Kommunikationsformen, beispielweise für die Bereitstellung von Surveillance-Daten weiter zu entwickeln. Dabei sollen für unterschiedliche Adressaten geeignete Formate entwickelt werden.

Nicht zuletzt stellt auch die *nationale und internationale Vernetzung* der verschiedenen Akteure in der pluralistischen Public-Health-Welt einen wichtigen Aspekt in der Strategie 2025 dar.

Zur Implementierung dieser übergreifenden Strategie wurden in einer [Roadmap](#) ergänzend prioritäre Vorhaben formuliert, deren Realisierung bei der Entwicklung des hier vorliegenden Konzepts berücksichtigt sind. Die folgenden Vorhaben werden durch das vorliegende Konzept umgesetzt bzw. unterstützt:

1. Institutsweite Querschnittsthemen
 - a. Public Health für eine alternde Gesellschaft
 - b. Etablierung nationale Krankheitslast-Berechnung für Deutschland
 - c. Weiterentwicklung German One Health Initiative (GOHI)
2. Methodenentwicklung
 - a. Pilotierung von Mikrobiomanalytik in Surveys
 - b. Etablierung der Surveillance nicht-übertragbarer Krankheiten
 - c. Digitalisierung von Erhebungsinstrumenten und Erschließung digitaler Datenquellen
 - d. Big Data Analysen
3. Infrastrukturentwicklung
 - a. Fortführung der KiGGS-Kohorte
 - b. RKI Panel für Ad-hoc-Studien
4. Kommunikation
 - a. Ausweitung Zielgruppen-fokussierte Kommunikation
 - b. Internationalisierung und globale Gesundheit
 - c. Internationale Austauschprogramme und Vernetzung

Aktuell werden am RKI Kernelemente der Strategie RKI 2025 im Rahmen eines [9-Punkte-Plans \(9PP\)](#) für die Umsetzung vorbereitet. Die momentanen Arbeitsschwerpunkte des 9PP, der als lernendes Strategieinstrument verfasst ist, stellen eine wichtige Ressource für die

Weiterentwicklung des RKI dar, und sollen daher auch für die Weiterentwicklung der Abteilung perspektivisch noch intensiver genutzt und mitgestaltet werden.

Im Einzelnen umfasst der RKI-9PP momentan folgende Bereiche (die für die Abteilung 2 als besonders relevant erachteten Bereiche sind hervorgehoben):

1. Aufbau eines modernen Forschungsdatenzentrums
2. **Weiterentwicklung der Surveillance-Systeme**
3. Ausbau moderner Diagnostikverfahren zur Erregerbewertung
4. **Einrichtung und Pflege eines neuartigen Public-Health-Portals**
5. **Verstetigung des Gesundheitsmonitorings** durch ein permanentes Lage- und Informationszentrum
6. **Durchführung von Public-Health-Impact-Analysen** im Verbund mit Public-Health-Akteuren
7. Einrichtung von Notfallteams am RKI
8. Aufbau von Einheiten zur Abwehr bioterroristischer Bedrohungen
9. **Stärkung des internationalen Gesundheitsschutzes**

Die Abteilung 2 beteiligt sich bereits jetzt in mehreren Bereichen des Aktionsplans. Im Bereich *Weiterentwicklung der Surveillance-Systeme* (Punkt 2 des 9PP) hat die Abteilung Machbarkeitsstudien zu Möglichkeiten einer standardisierten Gewinnung von Bioproben und Messdaten in Gesundheitsämtern und/oder Arztpraxen konzipiert. Punkt 4 des 9PP wird derzeit neu aufgesetzt, eine *Kommunikationsstrategie* für das RKI soll erarbeitet werden. Abteilung 2 bringt sich aktiv in diesen Prozess ein. Mit dem Aufbau einer nationalen Mental Health Surveillance am RKI wird dezidiert zur krisenbedingt besonders genauen Beobachtung der psychischen Gesundheit in einem *permanenten Lage- und Informationszentrum* (Punkt 5 des 9PP) beigetragen. Der Bereich Durchführung von *Public-Health-Impact-Analysen* (Punkt 6 des 9PP) liegt in der Federführung der Abteilung 2. In diesem Arbeitspaket sollen im Verbund mit externen Akteuren Public-Health-Impact-Analysen für Risiko- und Schutzfaktoren sowie wirksame Interventionen identifiziert und analysiert werden.

In Zukunft möchte die Abteilung 2 sich noch stärker an der Umsetzung der strategischen Ziele des Instituts beteiligen und schlägt deshalb mit diesem Konzept eine Reihe von Vorhaben vor.

Mit dem im Abschnitt [3.2](#) (vorgeschlagenen RKI Panel soll eine neue digitale Datenerhebungsinfrastruktur entwickelt werden, die für das gesamte RKI und die Public-Health-Community eine laufend aktualisierte Datenbasis für umsetzungsorientierte Analysen zur Verfügung stellt. Damit trägt das RKI Panel gleichzeitig zu mehreren strategischen Zielen des Instituts bei (Schaffung einer neuen Datengrundlage, Basis für neue NCD-Studien, Digitalisierung, interne und externe Vernetzung).

Auch die thematischen Bereiche des Strategiekonzepts RKI 2025 und der Roadmap im Bereich der NCD werden über eine zu etablierende Public Health Surveillance Kernindikatorik [Abschnitt 2](#) adressiert und umgesetzt. Diese Kernindikatorik dient als Basis für weitere thematische Ausbaustufen in Richtung einer umfassenderen Public Health Surveillance sowie thematischen Schwerpunktsetzungen (z.B. zur Abbildung des Einflusses des Klimawandels auf Gesundheit und Wohlbefinden).

Mittels des in [Abschnitt 3.3](#) beschriebene Health Information System soll für unterschiedliche Adressaten und Nutzer ein digitales Informationsangebot bereitgestellt werden, das Gesundheitsdaten so aufbereitet, dass sie für die Planung von bedarfsgerechten Maßnahmen und Interventionen zielführend genutzt werden können.

Vernetzung mit nationalen und internationalen Akteuren

Eine Reihe nationaler wie auch internationaler Akteure verfügt über Ressourcen bzw. Erfahrungen, die zur erfolgreichen Umsetzung der Abteilungsvorhaben beitragen können. Deshalb setzt die Abteilung im Rahmen der Umsetzung ihrer strategischen Vorhaben auf gezielte Vernetzungen mit nationalen und internationalen Akteuren. Der Schwerpunkt der Vernetzung wird dabei auf Kooperationen mit Technologiepartnern, Datenhaltern (Verbesserung von Datengrundlagen, Zugängen und Interoperabilität), wissenschaftlichen Netzwerken (evidenzbasierte Bewertung von Gesundheitsinformationen, Public-Health-Impact-Analysen), als auch Public-Health-Akteuren (inhaltliche Schwerpunktsetzung, Entwicklung von evidenzbasierten Interventionen) liegen, wobei sich diese Gruppen teilweise überschneiden. Eine zusammenfassende Übersicht findet sich im Anhang 2: Strategische Kooperationen.

Lehren aus der COVID-19-Pandemie

Die COVID-19-Pandemie hat das gesamte RKI und so auch Abteilung 2 vor große Herausforderungen gestellt. Die Bedarfe der Politik und Öffentlichkeit nach unmittelbar verfügbarer empirischer Evidenz zur Unterstützung der Eindämmung der Pandemie konnte anhand der bisher vorhandenen Strukturen und Ressourcen nicht vollumfänglich gedeckt werden. Vor allem die Dynamik pandemischer Situationen und deren Unplanbarkeit haben die notwendige Justierung der vorhandenen Systeme im RKI aufgezeigt. Die in diesem Strategiekonzept vorgeschlagenen Neuerungen (RKI Panel, Health Information System) ermöglichen es, gemeinsam mit einer dem BMG zur Bewilligung vorliegenden Public-Health-Kernindikatorik (siehe [Abschnitt 2](#)), in Zukunft bei Bedarf auch sehr schnell Primärdaten aus unterschiedlichen Quellen (Umfragedaten, Untersuchungsdaten, Trackingdaten) zu erheben und zielgruppenadäquat zu kommunizieren. Darüber hinaus ist bereits in der Anlage der neuen Infrastrukturangebote vorgesehen, Fragestellungen längsschnittlich weiterzuverfolgen. Mittel- und langfristige Folgen von Pandemien und anderen gesundheitsrelevanten externen Ereignissen wie beispielsweise Umweltkatastrophen können so zeitnah empirisch begleitet werden. Eine wichtige Aufgabe ist es dabei, kontinuierlich mit anderen nationalen und internationalen Public-Health-Akteuren vernetzt zu bleiben, insbesondere Fachgesellschaften, universitären und außeruniversitären Forschungseinrichtungen, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und besonders dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD). Hier könnte gut an den Strukturen des [Zukunftsforums Public Health](#) und des [Kompetenznetzes Public Health COVID-19](#) angeknüpft werden, damit bei gesellschaftlichen gesundheitsrelevanten Krisen nicht erst wieder neue Public-Health-Netzwerke aufgebaut werden müssen. Verschiedene Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler der Abteilung 2 sind hier bereits aktiv gewesen.

1.4. Aufbau-logik des Strategiekonzepts

Das vorliegende Strategiepapier beschreibt fünf zentrale Innovationen der Abteilung und zwar eine Public-Health-Surveillance-Kernindikatorik, ein Studienregister für eigene und externe Studienprotokolle (JoHM Study Register), eine Datenerhebungsinfrastruktur (RKI Panel), ein digitales Informationsangebot für gesundheitsrelevante Informationen (HIS) und eine Infrastruktur zur Distribution von Bioproben (RKI Biobank).

Diese neuen Infrastrukturangebote liefern die Voraussetzungen, die Amtsaufgaben der Abteilung in allen Phasen eines idealisierten Evidenz-Zyklus, bestehend aus der Evidenzgewinnung, -auswertung, -interpretation und -kommunikation, zeitnah, fach- und sachgerecht erfüllen zu können.

Jeder Abschnitt folgt einer vereinheitlichten strategischen Planungslogik: An die jeweilige Beschreibung der Ausgangssituation und Problemstellung schließt eine Spezifikation der Zielvorstellung an. Es folgen eine korrespondierende Ressourcenbedarfsschätzung sowie eine Maßnahmen- und Zeitplanung.

2. Public Health Surveillance: NCD-Kernindikatorik

2.1. Ausgangssituation

Public Health Surveillance ist von zentraler Bedeutung für den Schutz und die Förderung von Gesundheit in allen Gruppen der Bevölkerung. Ihre Aufgabe besteht darin, gesundheitspolitisch relevante und verlässliche Informationen zur richtigen Zeit an richtiger Stelle vorzulegen, um die Planung und Umsetzung von Public-Health-Maßnahmen zu unterstützen. Die Public Health Surveillance spielt damit eine zentrale Rolle im Public-Health-Action-Cycle und damit für Public Health insgesamt. Ziel ist, Gesundheit und Wohlbefinden in der Bevölkerung zu stärken und dies für alle Gruppen der Bevölkerung zu gewährleisten, also gesundheitlicher Ungleichheit entgegenzuwirken. Hierzu müssen entsprechende Informationen fortlaufend und systematisch erhoben, zusammengeführt und bewertet werden.

Kennzahlen (Indikatoren) dienen dazu, Public-Health-relevante Informationen im Rahmen einer Public Health Surveillance in messbarer Form, valide, reliabel und über die Zeit vergleichbar zu erheben. So lassen sich aktuelle gesundheitliche Herausforderungen und Veränderungen über die Zeit quantifizieren und bewerten. Indikatoren können mit Zielerreichungskriterien hinterlegt werden, um Gesundheitsziele zu definieren und zu überwachen. Analysen zeitlicher Trends erlauben, erreichten Fortschritt zu messen und Handlungsbedarf in Bezug auf verbleibende oder neue gesundheitliche Herausforderungen einzuschätzen. Im Zusammenhang mit Bestandsaufnahmen zur Einführung von Public-Health-Maßnahmen kann auf der Grundlage von Trendanalysen auch die Wirkung von Maßnahmen auf Bevölkerungsebene eingeschätzt werden. Ebenso ermöglichen Ergebnisse aus Trendanalysen einer Public Health Surveillance, Prognosen zu zukünftigen gesundheitlichen Entwicklungen zu modellieren und im zeitlichen Verlauf zu überprüfen.

Um Effizienz und Effektivität einer Public Health Surveillance zu gewährleisten, muss eine Auswahl von Indikatoren getroffen werden, die auf zentrale Aspekte von Gesundheit und Wohlbefinden der Bevölkerung, soziale Determinanten und Gesundheitsverhalten sowie gesundheitsrelevante Aspekte gesellschaftlicher und gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen fokussieren und eine Reihe von international etablierten Anforderungskriterien erfüllen. Hierzu zählen Eindeutigkeit, Verständlichkeit, Validität und Reliabilität, gesundheitspolitische Beeinflussbarkeit und Änderungssensitivität. Die Auswahl solcher Kernindikatoren muss daher auf der Grundlage eines wissenschaftlichen Rahmenkonzeptes im Konsens mit den zuständigen Akteuren im Gesundheitswesen erfolgen. Richtungsweisend sind auf nationaler und internationaler Ebene akzeptierte Gesundheitsmodelle und bestehende Indikatorensysteme, Gesundheitsziele und Aktionspläne zum Schutz und zur Stärkung der Gesundheit in der Bevölkerung. Auswahl- und Abstimmungsprozesse müssen standardisiert, transparent und nachvollziehbar sein und sich auf geltende wissenschaftliche Kriterien stützen. Im Hinblick auf neue und akute Anforderungen an den Gesundheitsschutz und die Priorisierung von Maßnahmen (etwa im Rahmen von Krisensituationen wie der aktuellen COVID-19-Pandemie) müssen Kernindikatoren im Sinne einer Public Health Surveillance jederzeit flexibel erweitert oder auch neu priorisiert und an aktuelle Bedarfe angepasst werden können.

Public Health Surveillance ist seit langem in der Infektionsepidemiologie etabliert. Im Mittelpunkt stehen gezielte, engmaschig durchgeführte Datenerhebungen für zeitnahe Analysen

zu Veränderungen im Infektionsrisiko und akuten Handlungsbedarf. Je nach Zielstellung kommen dabei verschiedene Formen der Public Health Surveillance zur Anwendung und sind über die Jahre methodisch weiterentwickelt worden. Aktuelle Beispiele am RKI sind die fortlaufende Überwachung zu meldepflichtigen Infektionskrankheiten nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) über die amtliche Meldestatistik, die syndromische Surveillance zu akuten respiratorischen Erkrankungen auf Basis von Sentinelerhebungen in der ambulanten und stationären Versorgung und die integrierte molekulare Surveillance zur Überwachung von Virusvarianten. Mit weltweit zunehmender Bedeutung nicht-übertragbarer Krankheiten (NCD) und assoziierter Risikofaktoren hat Public Health Surveillance auf nationaler und internationaler Ebene über die letzten Dekaden einen zentralen Stellenwert auch für die Prävention und Kontrolle von NCD erhalten. Insbesondere Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen, chronische Atemwegserkrankungen, Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems, Diabetes mellitus und häufige psychische Störungen, ihre Vorstufen und wichtige gemeinsame Risiko- und Schutzfaktoren (u.a. Adipositas, Bluthochdruck) stehen hier im Fokus, da sie zu einem erheblichen Teil zur NCD-bedingten Krankheitslast durch Einschränkung von Lebensqualität und gesunder Lebenserwartung sowie durch vorzeitige Sterblichkeit beitragen.

NCD entwickeln sich chronisch fortschreitend über lange Zeiträume und haben komplexe, multiple Ursachen, die im Lebensverlauf in unterschiedlicher Weise zu Krankheitsentstehung und Krankheitsverlauf beitragen. Die Weichen hierfür werden bereits in Schwangerschaft, Kindheit und Jugend gestellt. Ein lebensphasenspezifischer Zugang zur Prävention von NCD und zur Förderung von körperlicher und psychischer Gesundheit ist daher essentiell und wurde in internationale Aktionspläne der WHO und der Vereinten Nationen zur Prävention von NCD und zur Förderung von psychischer und körperlicher Gesundheit im Lebensverlauf aufgenommen. Orientiert an diesen internationalen Gesundheitsprogrammen sind Gesundheitsindikatoren der WHO, der Europäischen Kommission und der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) entsprechend erweitert und ergänzt worden. Zahlreiche nationale Public-Health-Institute haben vor diesem Hintergrund ihre Public-Health-Surveillance-Aktivitäten auf NCD ausgedehnt und mit teilweise sehr umfangreichen Sätzen von Kernindikatoren unterlegt. Teilweise sind die Surveillance-Aktivitäten an nationale Strategien zur NCD-Prävention gekoppelt. Beispiele sind Kanada, USA, Großbritannien, die Schweiz und Aktivitäten auf EU-Ebene.

Obwohl am RKI derzeit noch keine umfassende Public Health Surveillance zur Prävention von NCD und zur Förderung von Gesundheit im Lebensverlauf etabliert ist, existieren umfangreiche Vorarbeiten, Erfahrungen und fachliche Expertise. Kernindikatoren zur NCD Surveillance werden am RKI bislang zu verschiedenen NCD-relevanten Themenschwerpunkten in unterschiedlichem Umfang und aus unterschiedlichen Datenquellen erhoben, z.B. zu Adipositasprävention und Diabetes mellitus. Auf Basis der bevölkerungsbezogenen Krebsregister der Länder werden regelmäßig bundesweite epidemiologische Maßzahlen zum Krebsgeschehen online und in Print-Formaten veröffentlicht. Ebenfalls gesetzlich verankert ist die regelmäßig wiederkehrende Erhebung, Analyse und Berichterstattung zu zentralen Gesundheitsindikatoren der europäischen GBE alle fünf Jahre auf Basis von Befragungssurveys (European Health Interview Survey, EHIS). Aufgrund eines zunehmenden Informationsbedarfes zu weiteren NCD-relevanten Gesundheitsthemen wurden ergänzende Indikatorensätze im

Rahmen mehrerer Drittmittelvorhaben erfolgreich entwickelt. Diese werden nachfolgend dargestellt.

Nationale Diabetes-Surveillance

Die Beauftragung zum Aufbau einer Nationalen Diabetes-Surveillance am RKI erfolgte durch das BMG im Jahre 2015 vor dem Hintergrund einer veränderten epidemiologischen Lage und wachsender gesundheitlicher Ungleichheit sowie wachsendem Druck auf die Gesundheitspolitik zur Umsetzung einer Nationalen Diabetes-Strategie (12/2015 - 12/2019). Der Auftrag für die Fortführung der Diabetes-Surveillance erfolgte mit Perspektive zur Erweiterung hin zu einer zukünftigen NCD-Surveillance (01/2020 - 12/2021 und 01/2022 - 06/2023). Ziel der Diabetes-Surveillance ist eine zeitnahe, fortlaufende und transparente Bereitstellung von Informationen zu Krankheitshäufigkeit, Risikofaktoren, Versorgungssituation und Krankheitsfolgen des Diabetes auf individueller und gesellschaftlicher Ebene für Akteure aus Gesundheitspolitik und Gesundheitswesen, Wissenschaft und die BZgA (für gezielte Information und Kommunikation an die Öffentlichkeit). Es wurde ein wissenschaftliches Rahmenkonzept mit vier Handlungsfeldern erarbeitet, denen auf Basis eines mehrstufigen wissenschaftlich fundierten Konsensprozesses mit Expertinnen und Experten insgesamt 30 Kern- und 10 Zusatzindikatoren bzw. -indikatorengruppen zugeordnet wurden. Hierbei wurde ein lebensphasenspezifischer Zugang unter Berücksichtigung verschiedener Diabetes-Typen (Schwangerschaftsdiabetes, Typ-1-Diabetes, Typ-2-Diabetes) erarbeitet sowie verhaltensbedingte und soziale Risikofaktoren, psychische und subjektive Gesundheit, Versorgungsaspekte, Komorbiditäten und Spätfolgen des Diabetes (diabetes-bezogene Mortalität, allgemeine und gesunde Lebenserwartung) und zusammenfassende Kennzahlen von Krankheitslast berücksichtigt. Das entwickelte Datenmodell bezieht sowohl bundesweite Primärdatenquellen des RKI als auch verschiedene bundesweite Sekundärdatenquellen ein. Die nutzerorientierte Ergebnisdissemination umfasst eine Webseite (u.a. mit interaktiver Ergebnisvisualisierung der Indikatoren und verknüpfter Datenbank zum Daten-Download: www.diab-surv.rki.de), einen Diabetes-Bericht, Fachpublikationen, einen Policy Brief, die Nutzung von Social Media und situationsbedingt die Bereitstellung von Informationen zu Diabetes & COVID-19 auf die Webseite. Es erfolgt ein stetiger Ausbau von Kooperationen mit Datenhaltern und wissenschaftlichen Kooperationspartnerinnen und -partnern auf nationaler und internationaler Ebene sowie eine Beratung durch einen interdisziplinären wissenschaftlichen Fachbeirat. Die erarbeiteten Strukturen der Diabetes-Surveillance stellen eine wesentliche Grundlage für eine perspektivische NCD-Surveillance, die Bereitstellung von Informationen für internationale Indikatorensysteme (WHO, OECD) und Prognosen zur zukünftigen Entwicklung der Krankheitslast dar.

Mental Health Surveillance

Im Jahr 2018 wurde das RKI durch das BMG beauftragt, eine nationale Mental Health Surveillance (MHS) aufzubauen. Die Pilotphase 03/2019 - 12/2021 sowie deren Fortführung 01/2022 - 06/2023 sind auf die Verstetigung der MHS im Rahmen einer NCD-Surveillance ab 07/2023 ausgerichtet. Hintergrund des Auftrages ist eine bislang fragmentierte Datenlage und Berichterstattung zu Public Mental Health in Deutschland, die eine konzise und verlässliche Beschreibung und Bewertung gesundheitlicher Entwicklungen in der Bevölkerung er-

schwert, darunter z.B. auch die Umsetzung des [nationalen Gesundheitsziels „Depressive Erkrankungen“](#). Zielsetzung der MHS ist es daher, konsentiertere Kernindikatoren psychischer Gesundheit und ihrer Determinanten kontinuierlich bereitzustellen. Durch die Etablierung einer MHS am RKI entspricht Deutschland der Zielsetzung des [WHO Mental Health Action Plan 2013-2030](#), nationale Informationssysteme einzurichten. Darüber hinaus können Berichtspflichten gegenüber globalen MHS-Programmen wie dem [WHO Mental Health Atlas](#) und dem [Mental Health Performance Benchmark der OECD](#) erfüllt werden.

In der Pilotphase 2019 - 2021 wurde die erprobte Methodik zum Aufbau der Diabetes-Surveillance adaptiert und für das Erwachsenenalter pilotiert. Es wurde ein Scoping-Review durchgeführt, das einen Überblick über vorliegende Indikatoren der Public Mental Health bietet ([Peitz et al., 2021](#)). Ein Gremium internationaler Expertinnen und Experten ([vgl. hier](#)) und nationaler Stakeholder konnte in einem strukturierten Auswahlprozess ein Set von 60 Indikatoren identifizieren, für die ein breiter Konsens vorliegt ([Thom et al., 2021](#)). Die Indikatoren bilden ein mehrdimensionales Public-Health-Rahmenkonzept ab.

Potenzielle Quellen für die erforderlichen Befragungs-, Untersuchungs- und Routinedaten werden aktuell ermittelt und bestehender Forschungsbedarf wird aufgezeigt. Bei Nutzung vielfältiger Datengrundlagen kann die MHS verschiedene Informationsbedarfe bedienen. Hierunter hervorzuheben sind: Im Sinne eines „Barometers“ sollen für einige Indikatoren zeitliche Schwankungen engmaschig erfasst und berichtet werden, um auch in Krisensituationen präzise Informationen zur aktuellen Lage der psychischen Gesundheit bereitstellen zu können. Zu diesem Zweck wird gegenwärtig eine auf Primärstudien des RKI basierende Ad-hoc-Surveillance mit monatlichen Erhebungen und teil-automatisiertem Reporting mittels interaktivem Dashboard nach dem Vorbild internationaler [Covid-19-bezogener Surveillance-systeme](#) pilotiert. Für den Indikator Suizidversuche konnte das AKTIN-Notaufnahmeregister als Datenbasis syndromischer Surveillance in Echtzeit erschlossen werden ([Schlump et al., 2021](#)). Auch für vertragsärztliche Abrechnungsdaten ([Steffen et al., 2020](#)) konnte am Beispiel der Depression die Nutzung von Sekundärdaten aus dem Versorgungsgeschehen zu epidemiologischen Zwecken erprobt werden. Beide Kooperationen mit den externen Datenhaltern sollen in der MHS-Fortführungsphase ausgebaut werden. Um die Zeitreihe zur Prävalenz psychischer Störungen fortführen zu können, wird die Realisierung von Untersuchungssurveys mit klinischer Diagnostik geprüft. Zusätzlich kann die MHS durch systematische Übersichtsarbeiten zu gesundheitlichen Trends einen Beitrag zur Überwachung von Public Mental Health leisten ([Mauz et al., 2021](#)).

Die Fortführung des Aufbaus der MHS 2022 - 2023 wird dazu dienen, (1) Indikatoren methodisch zu entwickeln, (2) deren Datenquellen zu generieren bzw. zu nutzen, (3) den Ansatz auf die Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen auszuweiten sowie (4) die Integration in eine verstetigte NCD-Surveillance vorzubereiten.

Krebserkrankungen

Spätestens seit 2009, als die bevölkerungsbezogene Krebsregistrierung in Deutschland die Flächendeckung erreicht hat und im gleichen Jahr mit dem Zentrum für Krebsregistrierung (ZfKD) am RKI eine nationale Auswertungsstelle auf gesetzlicher Grundlage etabliert wurde, liegen für Krebserkrankungen in Deutschland regional differenzierte und diagnosespezifi-

sche Daten zur Inzidenz, Prävalenz sowie zum Überleben nach Krebs und zu den Tumorstadien bei Erstdiagnose vor. Ergänzt durch weitere Datenquellen, wie der Todesursachen- und Krankenhausstatistik, den Rentenzugangszahlen, sowie der Daten der organisierten Krebsfrüherkennungsprogramme sind damit wesentliche Grundlagen für die Surveillance von Krebserkrankungen in Deutschland vorhanden. Zusätzlich werden ab 2023 am ZfKD auch Daten zur Therapie und zum Krankheitsverlauf aus den Krebsregistern verfügbar sein und somit weitere Indikatoren für die Surveillance abzuleiten sein, wie z.B. Behandlungsvariabilität und Rezidivraten bzw. rezidivfreies Überleben.

Im Internet (<https://www.krebsdaten.de>) und in regelmäßigen Berichten veröffentlicht das ZfKD bereits international übliche Indikatoren der „Cancer Surveillance“ wie Inzidenz, Prävalenz und Überleben. Die neue Datenbasis beim ZfKD ab 2023 wäre ein Anlass, Kernindikatoren zu Krebs für eine NCD-Surveillance mit den wesentlichen Stakeholdern auf nationaler Ebene zu erarbeiten. Das Informationsangebot des ZfKD auf Basis der genannten Datenlage wird jedoch weiterhin über eine reine Kernindikatorik im Rahmen einer NCD-Surveillance hinausgehen, alleine schon, um der Heterogenität der verschiedenen Krebserkrankungen im Hinblick auf Präventionsmöglichkeiten, Therapie und Krankheitsverlauf Rechnung zu tragen.

Improving Health Monitoring in Migrant Populations (IMIRA)

Deutschland ist ein Einwanderungsland und 27% aller hier lebenden Menschen haben einen Migrationshintergrund. Bisher waren Menschen mit Migrationshintergrund in den Gesundheitssurveys des RKI unterrepräsentiert ([Saß et al., 2015](#); [Santos-Höwner et al., 2019](#)). Um das zu ändern, wurde das Projekt IMIRA I initiiert und zielte somit auf die Weiterentwicklung des RKI-Gesundheitsmonitorings und der Gesundheitsberichterstattung ab.

Im Rahmen des Projekts IMIRA I wurden Strategien zur Einbindung von Menschen mit Migrationshintergrund in Interview- und Untersuchungssurveys getestet, migrationsspezifische Konzepte (z.B. Zugehörigkeitsgefühl) überprüft und erweitert sowie Kernindikatoren für die Berichterstattung der gesundheitlichen Lage von Menschen mit Migrationshintergrund entwickelt. Zudem wurden die Potenziale von Sekundärdaten und den Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) für die Beschreibung der gesundheitlichen Lage von Menschen mit Migrationshintergrund eruiert. Im Rahmen des Projekts IMIRA II findet von 2021 - 2022 die multimodale Befragungsstudie GEDA Fokus bei Gruppen ausgewählter Staatsangehörigkeiten statt, um Aussagen zum Gesundheitsstatus bestimmter Herkunftsgruppen und nach verschiedenen migrationsbezogenen Indikatoren machen zu können sowie die Identifikation von Risiko- und Schutzfaktoren in Bezug auf eine Infektion mit SARS-CoV-2 bzw. COVID-19-Erkrankung darstellen zu können.

Durch die Durchführung von GEDA Fokus erfolgt erstmalig die Beschreibung der gesundheitlichen Lage von Menschen mit Migrationsgeschichte, basierend auf den Kernindikatoren und differenziert nach verschiedenen migrationsspezifischen Merkmalen (z.B. Fluchtgeschichte, Aufenthaltsdauer in Deutschland, Diskriminierung). Somit leisten die IMIRA-Projekte einen Beitrag zum Aufbau einer nachhaltigen und verlässlichen GBE für in Deutschland lebende Menschen mit Migrationsgeschichte. Auf Basis der Indikatoren kann eine Datengrundlage geschaffen werden, die zur Unterstützung politischer Entscheidungsprozesse, zur Evaluation von Gesundheitszielen und zur Politikfolgenabschätzung genutzt werden kann. Zudem sind einige der angewandten Strategien (z.B. Face-to-Face-Interviews) auf andere schwerere erreichbare Gruppen übertragbar. So wurden Face-to-Face-Interviews im Rah-

men einer Machbarkeitsstudie vor allem von Menschen mit eingeschränktem Gesundheitszustand und geringeren Deutschkenntnissen genutzt. Somit ermöglicht IMIRA II nicht nur die differenzierte GBE zur Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund, sondern auch die konzeptionelle Erarbeitung und praktische Anwendung neuer Strategien zur Erreichbarkeit von hard-to-reach-Bevölkerungsgruppen.

Adipositas Monitoring (AdiMon)

Im Rahmen des Projektes „Bevölkerungsweites Monitoring adipositasrelevanter Einflussfaktoren im Kindes- und Jugendalter“ (AdiMon-Projekt) wurde ein webbasiertes Indikatoren-system aufgebaut (www.rki.de/adimon), das bevölkerungsweit aussagekräftige Daten zur Verbreitung von Adipositas, adipositasrelevanten Einflussfaktoren und adipositasbezogenen Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung liefert. AdiMon enthält über 90 Indikatoren aus den Bereichen Adipositas, Gesundheitsverhalten, soziale Determinanten, Biologie, vor und nach der Geburt, Psychosoziales, Kontext und Maßnahmen. Darüber hinaus sind mehr als 40 kurze Publikationen (Themenblätter) verfügbar, in denen ein oder mehrere thematisch ähnliche Indikatoren beschrieben und in den wissenschaftlichen Kontext eingeordnet werden. Um die Indikatoren zu quantifizieren, wurden über 30 Datenquellen erschlossen. Hierzu gehören unter anderem Gesundheitssurveys, sozialwissenschaftliche Erhebungen, amtliche Statistiken, Routine-, Medien-, Wirtschafts- und Geodaten. Die Indikatoren und Datenquellen wurden auf mehreren Workshops mit externen Expertinnen und Experten konsentiert.

AdiMon kann von der Politik und Praxis genutzt werden, um Handlungsbedarfe frühzeitig zu erkennen, präventive Strategien und Maßnahmen zu planen und zeitliche Entwicklungen zu verfolgen. Auch eine Nutzung im Rahmen der Evaluation von Angeboten und Maßnahmen der Adipositasprävention ist denkbar. Darüber hinaus sind die meisten Indikatoren auch für die Prävention nicht-übertragbarer Erkrankungen und somit für eine umfassende Public Health Surveillance relevant.

Policy Evaluation Network (PEN)

Das „Policy Evaluation Network“ PEN ist ein internationales multidisziplinäres Forschungsnetzwerk (<https://www.jpi-pen.eu/>) und ist Teil der EU-Programminitiative "Eine gesunde Ernährung für ein gesundes Leben". Im Rahmen von PEN wurde ein mit Expertinnen und Experten abgestimmter Satz an Kernindikatoren ausgewählt, die die Bewertung der politischen Maßnahmen zur Verbesserung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens ermöglichen ([Garnica Rosas et al, 2021](#)). Der Kernindikatorensatz umfasst Indikatoren für Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen auf Individual-, Setting- und Systemebene. Diese Indikatoren wurden abgeglichen und, wo möglich, verlinkt mit Datenquellen, die bereits durch existierende europäische Surveillance- und Monitoringsysteme bereitgestellt werden. Aus diesen Recherchen wurde ein Katalog der Indikatoren mit Verlinkungen zu den Datenquellen erstellt, die als Informationsbasis für Einschätzungen zu Handlungsbedarf und Bewertung von gesundheitspolitischen Maßnahmen genutzt werden kann (<https://www.jpi-pen.eu/pen-eu-policy-indicator-catalogue>). Außerdem wurden kompakte Sets von Indikatoren für die verschiedenen Wirkungsebenen von spezifischen Maßnahmen entwickelt ([Messing 2021](#)). Im Austausch mit den Verantwortlichen für die pan-europäische Monitoringsysteme wird eine

Harmonisierung von Indikatoren und Instrumenten zur Erfassung der genannten Variablen angestrebt. Eine Experten- und Methodenplattform für die Weiterentwicklung dieser Systeme soll aufgebaut werden. Der wissenschaftliche Austausch in PEN und mit Akteuren der europäischen Surveillance- und Monitoringsysteme ermöglicht der Abteilung 2 und dem RKI die Abstimmung und Mitgestaltung von Monitoring auf der europäischen Ebene.

Joint Action Health Equity in Europe (JAHEE)

Im Rahmen der EU-geförderten Joint Action Health Equity Europe (JAHEE) war Abteilung 2 an Maßnahmen zur Unterstützung der EU-Mitgliedstaaten bei der Entwicklung eines nachhaltigen Systems für das Monitoring gesundheitlicher Ungleichheiten beteiligt. Darin wurden Monitoring-Konzepte und Indikatoren für das Ausmaß und Erscheinungsbild der gesundheitlichen Ungleichheit entwickelt, die politische Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger bei der Bewertung und Priorisierung gesundheitspolitischer Maßnahmen zum Abbau gesundheitlicher Chancenungleichheit unterstützen sollen. Zielleitend war dabei, dass ein solches Monitoringsystem von den Mitgliedstaaten an den nationalen Kontext und politische Erfordernisse angepasst sowie langfristig betrieben werden kann. Neben einem Indikatorensatz wurden mit Unterstützung von Abteilung 2 auch Empfehlungen für soziale Stratifizierungsmerkmale und statistische Ungleichheitsmaße entwickelt, die der Heterogenität der Zielgruppe eines solchen Monitoring-Systems Rechnung tragen. Daran waren jeweils Vertreterinnen und Vertreter für den nationalen Kontext aus insgesamt zwölf Mitgliedstaaten der EU beteiligt, begleitet von einem internationalen Beirat aus Expertinnen und Experten im Forschungsfeld der sozialen Determinanten der Gesundheit.

Indikatoren der Präventionsberichterstattung

Für den ersten Nationalen Präventionsbericht erarbeitete die Abteilung 2 im Rahmen einer vom BMG finanzierten „Expertise Präventionsberichterstattung“ (Expertise PräBE), welche epidemiologischen Daten aus dem Gesundheitsmonitoring am RKI und aus anderen Datenquellen zur Verfügung stehen, um die gesundheitliche Lage der Bevölkerung in Deutschland und deren Einflussfaktoren zielgruppenspezifisch zu beschreiben und Präventionsbedarfe und -potenziale abzuleiten. Dabei sollten vor allem geschlechts- und soziallagenbezogene Unterschiede berücksichtigt werden.

Gegenstand der Präventionsberichterstattung sind Einflussfaktoren auf die Gesundheit, vorhandene Strukturen, Prozesse und Maßnahmen von Gesundheitsförderung und Prävention und gesundheitliche Outcomes. Dafür werden geeignete Indikatoren benötigt sowie Daten, die auf Bevölkerungsebene in unterschiedlicher Gliederungstiefe verfügbar und mit angemessenem Aufwand zu erheben sind. Im Jahr 2018 hatte die Arbeitsgruppe Gesundheitsberichterstattung, Prävention, Rehabilitation und Sozialmedizin (AG GPRS) der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) beschlossen, in einer Unterarbeitsgruppe „Präventionsindikatoren“ einen Vorschlag für ein Präventionsindikatorensystem sowie daran gekoppelte Rahmeninformationen für den koordinierten Beitrag der Länder zum zweiten Präventionsbericht zu erarbeiten. Die Unterarbeitsgruppe „Präventionsindikatoren“ setzt sich aus Vertreterinnen und Vertretern verschiedener Bundesländer und zwei Vertreterinnen des RKI zusammen.

Improving Health Monitoring in Older Age (IMOA)

Das von der Robert Bosch Stiftung von 2016 bis 2018 geförderte Projekt IMOA hatte zum Ziel, ein Konzept für ein bundesweites Public-Health-Monitoring für die Bevölkerung ab 65 Jahren zu entwickeln, eine systematischen Zusammenstellung bestehender Indikatoren aus internationalen Monitoringsystemen zu erstellen und auf dieser Basis die Auswahl relevanter Indikatoren, die wiederkehrende und vergleichbare Aussagen zur Gesundheit im höheren Lebensalter ermöglichen vorzunehmen. Dazu wurde in einem mehrstufigen strukturierten Konsentierungsprozess gemeinsam mit einem interdisziplinär besetzten Gremium aus Expertinnen und Experten ein Indikatorensatz zur Gesundheit im Alter entwickelt. Die 18 Indikatoren lassen sich den drei Handlungsfeldern (1) Lebensweltfaktoren, (2) Teilhabe und Aktivität sowie (3) personenbezogene Faktoren zuordnen. Datenquellen, die zur Erhebung der Indikatoren genutzt werden können, sind die Surveys des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut, Erhebungen anderer Forschungseinrichtungen sowie Daten der amtlichen Statistik.

Krankheitslaststudie für Deutschland

„BURDEN 2020 – Die Krankheitslast in Deutschland und seinen Regionen“ ist die Pilotierung einer nationalen Krankheitslaststudie am RKI. Das Konzept der Krankheitslast (Burden of Disease) verknüpft Daten zu Morbidität und Mortalität mit Informationen zu Erkrankungsschwere, -dauer und Sterbealter und erzeugt einen erheblichen Mehrwert gegenüber herkömmlichen Indikatoren (z.B. Häufigkeit von Erkrankungen und Todesfällen). Im Ergebnis werden die Auswirkungen verschiedener Erkrankungen auf die Bevölkerungsgesundheit über die Maßeinheit der verlorenen Lebensjahre vergleichbar gemacht. Die Maßeinheit der durch Krankheit und Tod verlorenen Lebensjahre erlaubt es, Auswirkungen von Erkrankungen auf die Bevölkerungsgesundheit zu vergleichen, Erkrankungen nach ihrer Public Health-Relevanz zu priorisieren, Potenziale für eine bedarfsgerechte Prävention und Versorgung zu identifizieren und gesundheitspolitische Maßnahmen besser zu planen und zu bewerten. Die zentralen Kennzahlen sind die durch Tod (years of life lost, YLL) und durch gesundheitliche Einschränkungen (years lived with disability, YLD) verlorenen Lebensjahre und das Summenmaß DALY (disability-adjusted life years) als Indikator für die Krankheitslast insgesamt. Zur Berechnung integriert BURDEN 2020 verschiedene Datengrundlagen in einem konsistenten, nach Raumordnungsregionen differenzierten Informationssystem (www.daly.rki.de) und wird sukzessive in die Surveillance am RKI integriert. Die bereits laufende Diabetes- und Mental Health Surveillance stellt einen wichtigen Baustein im Aufbau einer umfassenden NCD-Surveillance für Deutschland dar und greift bereits auf Indikatoren aus BURDEN 2020 zurück. Durch die Berücksichtigung von Infektionserkrankungen wird in Kooperation mit Abteilung 3 des RKI zudem eine wichtige Schnittstelle zu einer übergreifenden Public Health Surveillance geschaffen. Auch die Präventions- und Krebsberichterstattung wie auch die Gesundheitsberichterstattung der Länder profitieren perspektivisch von den hoch verdichteten und regional vergleichbaren Informationen. Außerhalb der RKI werden Ergebnisse aus BURDEN 2020 in das BMG-Pilotvorhaben Health System Performance Assessment (HSPA) integriert. Darüber hinaus ist die Krankheitslastrechnung am RKI stark international vernetzt. Im Rahmen eines Memorandum of Understanding mit dem Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) strebt das RKI an, die Datengrundlagen der internationalen Global Burden of Disease-Studie (GBD) zu verbessern. Ein intensiver methodischer Austausch findet im

Rahmen der EU COST Action European Burden of Disease Network statt. Weitere internationale Zusammenarbeit findet im Rahmen des Global Health Protection Programme (GHPP) des BMG statt.

2.2. NCD Kernindikatorik

Zielbeschreibung

In der Abteilung 2 soll ein Kernindikatorensatz für eine Public Health Surveillance zur Prävention von NCD und zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden im Lebensverlauf (kurz: NCD-Surveillance) erstellt und fortlaufend weiterentwickelt werden. Dies soll auf der Grundlage eines wissenschaftlichen Rahmenkonzeptes im Konsens mit relevanten Akteuren aus Public-Health-Forschung und -Praxis, medizinischer Versorgung und Versorgungsforschung und Gesundheitspolitik erfolgen. Hiermit soll eine Grundlage für eine effiziente, ziel- und handlungsorientierte NCD-Surveillance geschaffen werden, die flexibel an aktuelle Bedarfe angepasst werden kann und fester Bestandteil einer integrierten, krankheitsübergreifenden Public Health Surveillance am RKI ist.

Die NCD-Surveillance in der Abteilung 2 soll eine koordinierte und evidenzbasierte Prävention von NCD in Deutschland im Sinne von „Health in All Policies“ unterstützen und den Ausbau der internationalen Zusammenarbeit in diesem Bereich ermöglichen. Mit einer sowohl den Infektionsschutz als auch die Prävention von NCD und die Förderung von Gesundheit im Lebensverlauf integrierenden Public Health Surveillance will das RKI als nationales Public-Health-Institut dazu beitragen, gesundheitliche Kapazitäten auf nationaler und globaler Ebene nachhaltig zu stärken und gesundheitliche Ungleichheit abzubauen.

Der Aufbau einer NCD-Surveillance soll in mehreren Stufen erfolgen. *Stufe 1* wird die Auswahl und Operationalisierung eines kompakten Kernindikatorensatzes mit Relevanz für eine NCD-Surveillance umfassen. *Stufe 2* wird einer kontinuierlichen Weiterentwicklung von NCD-Surveillance-Kernindikatoren auf Basis eines wissenschaftlich fundierten Rahmenkonzeptes in Kooperation mit relevanten Akteuren auf nationaler und internationaler Ebene dienen. In *Stufe 3* wird die NCD-Surveillance zusammen mit den am RKI bereits bestehenden und fortlaufend weiterentwickelten Public-Health-Surveillance-Systemen für den Infektionsschutz in eine krankheitsübergreifende Public Health Surveillance am RKI integriert.

Stufe 1: Auswahl und Operationalisierung eines kompakten Kernindikatorensatzes (1.1.2022 - 30.6.2023)

Stufe 1 wird an Vorarbeiten zu themenspezifisch entwickelten Indikatorensätzen (z.B. zu Diabetes-Surveillance und Mental Health-Surveillance) anknüpfen und die folgenden Schritte umfassen:

- Sichtung und Priorisierung der in Abteilung 2 bereits genutzten Gesundheitsindikatoren im Hinblick auf Relevanz für eine themenübergreifende NCD-Prävention, -Management und -Kontrolle im Lebensverlauf. Hierzu zählen sowohl themenspezifische Indikatorensätze, die in befristeten Drittmittelprojekten erarbeitet wurden (z.B. Diabetes-Surveillance, Mental Health Surveillance, AdiMon, Präventionsberichterstat-

tung) oder als Bestandteile der Krebsberichterstattung etabliert sind, als auch Indikatoren der Gesundheitsberichterstattung des Bundes und der europäischen Gesundheitsberichterstattung, die in den Monitoringstudien des RKI erfasst werden. Einschätzungen der Relevanz stützen sich auf aktuelle Aktionspläne, Gesundheitsziele und bestehende Berichtspflichten des RKI mit Bezug zu NCD-Prävention und Kontrolle im Lebensverlauf (z.B. NCD- und Mental Health-Aktionspläne der WHO, nationale Gesundheitsziele/gesundheitsziele.de, Präventionsgesetz, Bundesrahmenempfehlungen, GBE des Bundes und der Länder, Armutsberichterstattung, gesetzlich verankerte Berichtspflichten des RKI an WHO, EU, OECD).

- Formulieren von detaillierten Anforderungen an die Operationalisierung der priorisierten Indikatoren im Hinblick auf die Datenerhebung und -aufbereitung. Dies umfasst die Art der benötigten Daten (Primär-, Sekundärdaten; im Fall von Primärdaten: Befragungs-, Messdaten, Datenquellen), die Periodizität der Datenerhebung (z.B. monatlich, jährlich, alle zwei Jahre, alle fünf Jahre) und Stratifizierungsanforderungen, z.B. nach Region, Altersgruppen und Merkmalen der sozialen Lage auf individueller oder sozialräumlicher Ebene.
- Festlegung der Inhalte und möglicher Produkte zur Ergebnisdissemination im Zusammenhang mit den ausgewählten Kernindikatoren einer NCD-Surveillance für das Health Information System. In diesem Rahmen müssen auch Anforderungen an die Datenaufbereitung (z.B. Prävalenzschätzungen, Trendanalysen, Health Impact-Analysen) berücksichtigt und dokumentiert werden.

Hiermit soll gewährleistet werden, einen kompakten und operationalisierbaren Kernindikatorenansatz für eine NCD-Surveillance zu erstellen, der über verfügbare Datenquellen periodisch wiederkehrend und in der gewünschten Erhebungsfrequenz und Gliederungstiefe abbildbar ist und die Ziele und Leistungsfähigkeit einer NCD-Surveillance erkennen lässt. Besonders wichtig ist in dieser Aufbauphase die Abstimmung mit dem Aufbau des RKI Panels, welches die zentrale Quelle für Primärdatenerhebungen im Rahmen des bundesweiten Gesundheitsmonitorings am RKI sein wird.

Im Rahmen von Stufe 1 wird gleichzeitig eine Bestandsaufnahme und Gap-Analyse im Hinblick auf Gesundheitsindikatoren erfolgen, die auf nationaler und internationaler Ebene zwar angefordert werden, aber nicht oder nicht in der gewünschten Frequenz oder Gliederungstiefe verfügbar sind.

Stufe 2: Kontinuierliche Weiterentwicklung der NCD-Surveillance Kernindikatoren (ab 1.7.2023)

In Stufe 2 sollen Strukturen und standardisierte Prozesse zur Priorisierung von Public-Health-Themenschwerpunkten und zur Weiterentwicklung der NCD Surveillance-Kernindikatorik etabliert werden und eine erste inhaltliche Schwerpunktsetzung erfolgen. Entscheidende Schritte dabei sind:

- Einrichtung eines stetigen Beratungsgremiums („Standing Committee on NCD Surveillance“) zur Konsentierung eines wissenschaftlichen Rahmenkonzeptes für eine NCD-Surveillance, Priorisierung von Public-Health-Fragestellungen und Weiterentwicklung der Kernindikatorik. Hierbei sollen zentrale Akteure auf nationaler Ebene eingebunden werden, die Ergebnisse einer NCD-Surveillance nutzen würden, um Public-Health-Maßnahmen zu planen, umzusetzen und zu evaluieren. Wichtige Nut-

zergruppen sind Vertreterinnen und Vertreter aus Public-Health-Forschung und -Praxis (ÖGD), medizinischer Versorgung, Versorgungs-forschung und Gesundheitspolitik auf Ebene des Bundes und der Länder. In Reaktion auf neue gesundheitliche Entwicklungen und Fragestellungen (z.B. Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die zeitliche Entwicklung von NCD, Long COVID) kann es notwendig werden, Untergruppen zu bilden bzw. externe Expertise zu bestimmten NCD-relevanten Public-Health-Fragestellungen nach Bedarf hinzuzuziehen. Darüber hinaus soll in diesem Kontext auch die Zusammenarbeit mit internationalen Akteuren zur NCD-Surveillance ausgebaut werden, z.B. zu internationalen Gesundheitsorganisationen wie WHO und OECD sowie Vertreterinnen und Vertretern internationaler Public-Health-Institute. Grundlagen hierzu sind im Rahmen der Diabetes-Surveillance, Mental Health Surveillance und von PEN gelegt worden.

- Etablierung von Methoden der evidenzbasierten Public Health zur Priorisierung von Public-Health-Fragestellungen und Weiterentwicklung der Kernindikatorik für eine NCD-Surveillance im kontinuierlichen Dialog mit zentralen Akteuren. Eine Priorisierung von NCD-relevanten Themenschwerpunkten ist unerlässlich, da eine zusammenfassende NCD-Surveillance hinsichtlich ihrer Zielsetzung eindeutig und nachvollziehbar sein muss, um ihre Effizienz und Effektivität überprüfen zu können. Um Priorisierungen transparent, angemessen und flexibel in Anpassung an aktuelle Herausforderungen vorzunehmen, sind ggf. auch rasch durchführbare systematische Bestandsaufnahmen der verfügbaren Evidenz und Evidenzsynthesen notwendig. Hierbei kommen sowohl quantitative Methoden (z.B. Berechnungen der Krankheitslast, „Burden of Disease“) als auch Methoden der strukturierten Konsensfindung (Delphi-Prozesse) mit Akteuren auf regionaler und nationaler Ebene zum Einsatz ([Hoekstra et al., 2017](#); [Johnson et al., 2014](#)). Die Entwicklung von Methoden und Standards zur Priorisierung von Public-Health-Fragen ist ein zentrales Thema im Bereich von Maßnahmenpaket 6 („Health Impact Assessment“) des 9PP zur Agenda 2025 des RKI und erfolgt in enger Kooperation zwischen Abteilung 2 und dem Zentrum für Internationalen Gesundheitsschutz (ZIG) unter Federführung von ZIG2, Fachgebiet Evidenzbasierte Public Health. Methoden zur strukturierten Konsensfindung (Delphi-Prozesse) sind in bisherigen Forschungsprojekten der Abteilung 2 zur Auswahl von Kernindikatoren (z.B. Diabetes-Surveillance, Mental Health Surveillance, IMO) in unterschiedlicher Weise bereits zum Einsatz gekommen. Die Methodik hierzu soll vereinheitlicht, in Form von Standard Operation Procedures (SOP) dokumentiert und einer fortlaufenden Qualitätssicherung unterzogen werden, um bei Bedarf rasch einsetzbar und in allen Schritten nachvollziehbar zu sein.
- Inhaltliche Schwerpunktsetzung für eine themenübergreifende NCD-Surveillance orientiert an etablierten wissenschaftlichen Public-Health-Rahmenkonzepten und Informationsbedarfen auf regionaler, nationaler und internationaler Ebene.

Strukturen und standardisierte Prozesse zur Priorisierung und Konsensfindung werden die Ausgestaltung einer ersten Schwerpunktsetzung unterstützen und helfen, Anpassungen an veränderte Bedarfe zeitnah umzusetzen. Hierbei muss auch darüber entschieden werden, in welcher Tiefe einzelne Themenschwerpunkte dabei bearbeitet werden. Dies ist notwendig, da aufgrund der komplexen Zusammenhänge eine Vielzahl von Themen und Einflussfaktoren in einer NCD-Surveillance berücksichtigt werden müssen. Anhand etablierter internatio-

naler Beispiele für Kernindikatoren einer NCD-Surveillance (siehe [Schweiz](#), [UK](#), [Kanada](#), [Europäische Kommission](#)) und Erfahrungen in der Abteilung 2 mit Vorreitermodellen zu Diabetes mellitus und Mental Health zeigt sich, dass rasch eine Vielzahl von Indikatoren zusammenkommt. Hierzu zählen Indikatoren zu individuellen, sozialen und mit der bebauten und physikalischen Umwelt in Zusammenhang stehende Determinanten von Gesundheit, Indikatoren des Gesundheitsstatus sowie Indikatoren zu Qualität und Inanspruchnahme von Angeboten zur Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und medizinischen Versorgung.

Beispiele für wichtige individuelle Determinanten von Gesundheit sind Alter, Geschlecht verhaltensbasierte Determinanten wie körperliche Aktivität, Fehlernährung, Tabak- und Alkoholkonsum, biologische Risikofaktoren wie Adipositas und Bluthochdruck, psychische Risiko- und Schutzfaktoren wie chronische Stressbelastung und Resilienz, aber auch Gesundheitskompetenz und gesundheitsrelevante Überzeugungen. Einkommen, Bildung, berufliche Stellung, Wohn-, Lebens- und Arbeitsbedingungen, sozialräumliche Deprivation und Schadstoffbelastungen in der Innen- und Außenluft sind Beispiele für soziale und umweltassoziierte Determinanten von Gesundheit. Des Weiteren sind soziale, kulturelle, ökonomische, politische und klimatische Rahmenbedingungen von Bedeutung, gerade wenn Veränderungen von Gesundheitsstatus und Determinanten von Gesundheit über die Zeit oder Unterschiede auf regionaler Ebene betrachtet werden. Indikatoren zum Gesundheitszustand umfassen Indikatoren zum Krankheits- und Sterbegeschehen, zur Lebenserwartung und zur Einschätzung von Krankheitslast auf Bevölkerungsebene ebenso wie Indikatoren zu subjektiven Aspekten von Gesundheit (z.B. gesundheitsbezogene Lebensqualität und allgemeines Wohlbefinden), Krankheitsvorstufen und nicht diagnostizierter Erkrankung (z.B. unerkannter Bluthochdruck oder Diabetes mellitus), körperliche und psychische Symptombelastung (z.B. chronische Schmerzen und Depressivität), körperliche, psychische und kognitive Funktionsfähigkeiten und gesundheitsbedingte Einschränkungen bei der Ausübung von Alltagsaktivitäten. Abbildung 2 visualisiert das Rahmenkonzept der NCD-Surveillance.

Abbildung 2: Rahmenkonzept NCD-Surveillance



Beispiele für eine vertiefende Schwerpunktsetzung zusätzlich zu einer themenübergreifenden NCD-Surveillance könnten vor diesem Hintergrund sein:

- Lebensphasenspezifische NCD-Surveillance, z.B. Kinder und Jugendliche, junge Erwachsene, Erwachsenen im mittleren, höheren und hohen Lebensalter.
- Health Inequality Surveillance: Etablierung einer Surveillance gesundheitlicher Ungleichheit als eigenständiger Bereich einer Public Health Surveillance (vergl. z.B. UK, Skandinavien); Entwicklung und Pflege von Kernindikatoren gesundheitlicher Ungleichheit (z.B. durch Ungleichheit verlorene Lebensjahre, Differenz in der Lebenserwartung zwischen ärmsten und reichsten Regionen, „Education Health Gap“ als Analogie zum Gender Pay Gap, etc.).
- Health Behaviour Surveillance: Erfassung der Prävalenz relevanter Gesundheitsverhalten; Entwicklung von Indikatoren, die Determinanten und Einflussfaktoren auf das Gesundheitsverhalten erfassen (z.B. Motivation, Verhältnisse, Inanspruchnahme, Empowerment), z.B. in Zusammenhang mit Geodaten, daraus Ableitung von Ansatzpunkten für Prävention und Gesundheitsförderung (wo möglich, harmonisiert bzw. vergleichbar mit EU-weiten Indikatoren), Maßnahmen- und Zeitplanung.
- Surveillance von nationalen Gesundheitszielen und definierten Indikatoren der Versorgungsqualität.

Vertiefende Surveillance-Aktivitäten zu zentralen NCD-relevanten Gesundheitsthemen, z.B. kardiometabole Gesundheit, psychische Gesundheit, Demenzprävention, Ko- und Multimorbidität (z.B. körperliche und psychische Komorbidität).

Stufe 3: Integration der NCD-Surveillance in eine Public Health Surveillance am RKI

In Stufe 3 soll die NCD-Surveillance in der Abteilung 2 gemeinsam mit den am RKI bereits etablierten Surveillance-Systemen für Infektionskrankheiten und den Infektionsschutz zu einer krankheitsübergreifenden Public Health Surveillance am RKI ausgebaut werden. Bereits jetzt besteht am RKI an vielen Stellen eine enge abteilungs- und themenübergreifende Zusammenarbeit, die unter der COVID-19-Pandemie noch gestärkt wurde.

Wichtige Ziele hierbei sind:

- Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im Lebensverlauf und zum Abbau von sozialer Ungleichheit, unter der Berücksichtigung von Zusammenhängen zwischen übertragbaren und nicht übertragbaren Krankheiten
- Weiterentwicklung der Kernindikatorik für eine krankheitsübergreifende Public Health Surveillance am RKI in enger Kooperation mit Akteuren auf regionaler, nationaler und internationaler Ebene (z.B. AOLG, nationale und internationale Public-Health-Institute, BMG, WHO, OECD)
- Etablierung von Methoden zur Priorisierung von Public-Health-Fragestellungen in Zusammenarbeit mit relevanten Akteuren des Gesundheitssystems
- Ausbau von Methoden für systematische Evidenzsynthesen (z.B. Rapid Reviews)
- Gemeinsame Erschließung und Weiterentwicklung essenzieller Datenquellen, z.B. RKI Panel, Sentinels der ambulanten Versorgung und Daten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), Notaufnahmedaten und Daten der stationären Langzeitpflege
- Ausbau von Methoden einer Public Health Surveillance als Teil eines Krisenfrühwarnsystems unter Kombination von Indikatoren-gestützter Surveillance mit alternativen

Surveillance-Methoden, z.B. syndromischer Surveillance und Ereignis-basierter Surveillance (z.B. „[Rumor Surveillance](#)“) unter Einsatz von Methoden der digitalen Epidemiologie

- Ausbau von Surveillance-basierten dynamischen Modellierungen zukünftiger gesundheitlicher Entwicklungen und Überprüfung der Prognosemodelle
- Etablierung von Methoden zur Wirkung von Public-Health-Maßnahmen (Health Impact Assessment) unter Berücksichtigung von systematischen Bestandsaufnahmen, statistischen Modellierungen und quasi-experimentellen Methoden

Public Health Surveillance erfordert ständige Begleitforschung im Hinblick auf die Weiterentwicklung und Anpassung von Konzepten und Indikatoren. Nicht zuletzt müssen Effizienz und Effektivität einer Public Health Surveillance anhand definierter Kriterien überwacht und evaluiert werden. Insbesondere bei neuen, schwer definierbaren Gesundheitsproblemen (Beispiel Post COVID-19) kann es notwendig werden, dass eine Indikatoren-basierte Public Health Surveillance durch Ereignis-basierte Formen einer Public Health Surveillance ergänzt werden muss, etwa auf Basis von Ausbruchsuntersuchungen oder Analysen sozialer Netzwerke. Abbildung 3 fasst die Entwicklung der NCD-Kernindikatorik grafisch zusammen.

Abbildung 3: Entwicklungsschritte hin zu einer NCD-Surveillance



Stand der Bewilligung des Vorhabens

Mit Bezug zum Erlass des BMG vom 13. Oktober 2020 „Verstetigung einer NCD-Surveillance“ einschließlich der Nationalen Diabetes-Surveillance und der Mental Health Surveillance ab 2022 wurde im Erlassbericht des RKI vom 22. Oktober 2020 eine detaillierte Aufstellung der ab 2022 erforderlichen Haushaltsmittel und des Stellenbedarfs übermittelt und im Kontext zu den geplanten inhaltlichen Schwerpunkten und zentralen Umsetzungsschritten erläutert. Haushaltsmittel und Stellenbedarf wurden Anfang des Jahres 2021 in vollem Umfang als Mehrbedarf in das Haushaltsaufstellungsverfahren 2022 aufgenommen, da das RKI keine Möglichkeit einer Mitfinanzierung aus laufenden Haushaltsmitteln hat. Die 2020 vorgenommene Bedarfsplanung entspricht einem Minimalbedarf für eine NCD-Surveillance und ist in der folgenden Ressourcenbedarfsschätzung kenntlich gemacht.

2.3. Indikatoren für Schwerpunktthemen

Kinder- und Jugendgesundheit

Begründungszusammenhang

Die Lebensphasen der Kindheit und Jugend sind Zeiten hoher Vulnerabilität im Hinblick auf die psychosoziale und gesundheitliche Entwicklung (Petermann et al., 2004). Sie sind deshalb von zentraler Bedeutung für Public Health. Im Kindes- und Jugendalter erfolgen wichtige Weichenstellungen für die Gesundheit im mittleren und höheren Erwachsenenalter. Gesundheitsprobleme können bereits in frühen Lebensjahren beginnen und einen chronischen Verlauf nehmen (Kessler et al., 2007). Neben den Grundlagen der körperlichen und psychischen Gesundheit werden auch der Umgang mit gesundheitsbezogenen Risikofaktoren und Schutzfaktoren in jungen Jahren erlernt sowie gesundheitsbezogene Einstellungen und Verhaltensmuster ausgebildet (Petermann et al., 2013). Diese Entwicklungsdynamik des Kindes- und Jugendalters ist geprägt von biologischen, gesellschaftlichen und biographischen Transitionen, die mit vielfältigen individuellen und sozialen Herausforderungen und mit jeweils spezifischen Entwicklungsrisiken und -chancen verbunden sind. Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen steht zudem in Wechselwirkung mit ihren Umweltbedingungen, zum Beispiel in den Lebenswelten Kita, Schule oder Familie und Kommune (Bengel et al., 2009). Dass Gesundheitschancen sozial ungleich verteilt sind, zeigt sich bereits in der Kindheit und Jugend deutlich und setzt sich häufig über die Lebensspanne fort (Lampert et al., 2009). Kinder und Jugendliche sind daher mit Blick auf ihre jeweiligen Entwicklungsphasen und Lebenswelten eine wichtige Zielgruppe mit hohem Interventionspotenzial für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung. Die Identifikation von gruppenspezifischen Unterstützungs- und Versorgungsbedarfen ist eine wichtige Voraussetzung dafür, entsprechende Angebote frühzeitig, zielgruppensensibel und lebensphasenspezifisch bereitzustellen.

Besondere Anforderungen an die Stichprobe und an das Erhebungsdesign

Für Public Health-Analysen zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen bedarf es verlässlicher, bevölkerungsbezogener Informationen, die zeitnah und niederschwellig aus verfügbaren Primär- und Sekundärdatenquellen gewonnen werden können. Dabei gewinnen Aspekte von Heterogenität und Diversität mit Blick auf Studienpopulationen zunehmend an Bedeutung (Zullinger et al., 2013). Mit Blick auf Primärdaten stellt die KiGGS-Studie im Rahmen des Gesundheitsmonitorings des RKI eine Datengrundlage dar, mithilfe derer zeitliche Trends und regionale Unterschiede in der Kindergesundheit analysiert werden können. Mit ihrem besonderen Design (bevölkerungsrepräsentativer Querschnitt und Kohorte) hat die Studie ein Alleinstellungsmerkmal in der bevölkerungsbezogenen Kindergesundheitsforschung in Deutschland. In der COVID-19-Pandemie hat sich jedoch gezeigt, dass gerade in Krisenzeiten eine Datenerhebung und Berichterstattung in hoher zeitlicher Auflösung und auf der Grundlage veränderungssensitiver Indikatoren für das Kindes- und Jugendalter erforderlich sind.

Für bevölkerungsrepräsentative Studien mit Kindern und Jugendlichen gibt es besondere methodische, aber auch ethische und datenschutzrechtliche Herausforderungen. So ist die Teilnahme bis zu einem Alter von 16 Jahren grundsätzlich von der Zustimmung der Eltern abhängig. Bezüglich der Gewinnung von Bioproben, insbesondere Blutproben, bei Kindern unter 14 Jahren sind besondere ethische Anforderungen zu berücksichtigen (Bergmann et al., 2004). Methodische Herausforderungen bestehen unter anderem darin, dass Selbstauskünfte in der Regel erst ab einem Alter von 11 Jahren valide erhoben werden können. Bei

jüngeren Jahrgängen müssen die Eltern befragt werden. Bezüglich des Stichprobenzugangs muss geprüft werden, inwieweit die telefonische Rekrutierung über eine Erwachsenenstichprobe (mit dem Erfordernis, eingangs Screeningfragen zu stellen und Clusterungen zu berücksichtigen) eine Alternative zur klassischen - aber aufwändigen - Einwohnermeldeamts-Stichprobenziehung darstellen kann. Grundsätzlich erfordern Gesundheitssurveys, die die gesamte Spanne des Kindes- und Jugendalters abdecken, insgesamt mehr Teilnehmende als vergleichbare Studien mit Erwachsenen, damit für die Analysen mit Blick auf die rasch aufeinanderfolgenden Entwicklungsphasen des Kindes- und Jugendalters hinreichende Fallzahlen zur Verfügung stehen (statistische Power).

Als mögliche Ausgangsstichprobe einer in ein Panel integrierten Gesundheitserhebung bei Kindern und Jugendlichen können die Teilnehmenden der KiGGS-Studie, die sich zu einer Wiederkontaktierung bereiterklärt haben, definiert werden. Hier muss jedoch beim Aufbau eines RKI-Panels ein methodisches Konzept zum Ausgleich von Drop-Out und zum Einschluss jüngerer Jahrgänge wie z.B. durch Auffrischungstichproben entwickelt werden.

Besondere Anforderungen an die Indikatorik

In der Konzeption eines Surveillance-Systems für Public Health lassen sich eine Vielzahl von Indikatoren lebensphasenübergreifend darstellen, sofern altersübergreifende Erhebungsinventare validiert vorliegen. Jedoch ist für das Kindes- und Jugendalter eine gesonderte systematische Zusammenstellung und Konsentierung lebensphasenspezifischer Indikatoren erforderlich, die lebensphasenübergreifende Kennzahlen ergänzen. Als Beispiel für ein solches Vorgehen kann das Monitoring für Adipositas im Kindes- und Jugendalter gelten (AdiMon), das in Abteilung 2 entwickelt und umgesetzt wurde (Zeiger et al., 2018). Mit Blick auf administrative Datenquellen sind für eine Surveillance der Kinder- und Jugendgesundheit zusätzliche Daten, z.B. aus der Kinder- und Jugendhilfestatistik, notwendig.

Zu beachten sind zudem die Auswahl und Weiterentwicklung geeigneter Erhebungsinstrumente, um eine Vergleichbarkeit von Indikatoren über verschiedenen Altersgruppen des Kindes- und Jugendalters, zwischen Selbst- und Fremdbbericht sowie verschiedenen Erhebungsmodi zu ermöglichen. Außerdem wurde bisher weder international noch national eine umfassende Kernindikatorik entwickelt und konsentiert.

Gesundheit älterer und hochaltriger Menschen

Begründungszusammenhang

Zur Verbesserung der Gesundheit im Alter empfiehlt die Weltgesundheitsorganisation (WHO) in ihrem Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health (World Health Organization, 2017) die Implementierung nachhaltiger und effizienter Monitoringstrukturen zur Gesundheit im höheren Lebensalter. Im Rahmen der Entwicklung von Gesundheitszielen für ältere Menschen wurden Lücken in der epidemiologischen Datenlage benannt und als eine Maßnahme die Abstimmung eines entsprechenden Indikatorensystems für das kontinuierliche bundesweite Gesundheitsmonitoring aufgeführt (Bundesministerium für Gesundheit, 2012). Dies soll im Rahmen der Public Health Surveillance für ältere Menschen umgesetzt werden.

Durch die Zunahme der Lebenserwartung und des demografischen Wandels steigt der Anteil älterer und alter Menschen an der Bevölkerung in Deutschland stetig an (Statistisches Bundesamt, 2019); derzeit leben hier rund 18,2 Millionen Menschen im Alter ab 65 Jahren, davon 5,9 Millionen im Alter ab 80 Jahren (Statistisches Bundesamt, 2021). Mit zunehmendem Lebensalter verändern sich wichtige physiologischer Parameter wie Lungenfunktion, Immunsystem, Stoffwechsel und Energiehaushalt. Neben Einschränkungen körperlicher und kognitiver Funktionsreserven und verminderter Belastbarkeit treten zunehmend altersassoziierte Erkrankungen und Multimorbidität hinzu. Das Spektrum der gesundheitlichen Lage im höheren Lebensalter reicht dabei von völlig uneingeschränkt, unabhängig und im gesellschaftlichen Leben integriert bis hin zu sehr stark eingeschränkt und auf Unterstützung und Pflege angewiesen. Dabei wird eine erhebliche Heterogenität auch zwischen Gleichaltrigen beobachtet. Neben genetischen Faktoren spielen im Lebensverlauf erworbene kumulative gesundheitliche Risiken und Ressourcen sowie ein sich stark veränderndes soziales Umfeld (z.B. Austritt aus dem Erwerbsleben, Tod und Krankheit nahestehender Personen) eine erhebliche Rolle. Bestimmte gesundheitsrelevante Kompetenzen wie z.B. Gesundheitswissen, der Umgang mit herausfordernden Lebensereignissen/Stressoren oder die Fähigkeit sich an veränderte Lebenssituationen anzupassen, können bei älteren Personen hingegen sogar zunehmen und das subjektive Wohlbefinden auch bei chronischen Erkrankungen oder Funktionseinschränkungen erhalten bleiben. Vor diesem Hintergrund ist eine auf die Bedarfe abgestimmte Prävention bis ins höhere Lebensalter wichtig und muss der Heterogenität der verschiedenen Gruppen gerecht werden.

Zusätzlich zu berücksichtigen sind die aktuellen Herausforderungen und Folgen der COVID-19-Pandemie, von der Ältere in besonderem Maße betroffen sind. Zu Gesundheit und Wohlbefinden älterer und hochaltriger Menschen während der Pandemie bestehen in Deutschland erhebliche Datenlücken. Gerade ältere Menschen mit funktionellen oder kognitiven Beeinträchtigungen werden bisher häufig aus Studien in der Allgemeinbevölkerung ausgeschlossen oder sind unterrepräsentiert. Gleiches gilt für Personen in Pflegeeinrichtungen. Der Einschluss dieser Personengruppen ist relevant, da gerade hier Daten benötigt werden, um angepasste Maßnahmen und Unterstützungsangebote entwickeln zu können.

Besondere Anforderungen an die Indikatorik

Zur Entwicklung eines Konzepts für ein bundesweites Public-Health-Monitoring der Bevölkerung ab 65 Jahren wurde 2016 bis 2018 das von der Robert Bosch Stiftung geförderte Projekt „Improving Health Monitoring in Old Age (IMOA)“ durchgeführt. In einem mehrstufigen strukturierten Konsentierungsprozess wurde gemeinsam mit einem interdisziplinär besetzten Gremium aus Expertinnen und Experten ein Indikatorensatz zur Gesundheit im Alter entwickelt [5], der auf den Modellen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der Internationalen Klassifikation für Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit ICF (World Health Organization, 2005) basiert. Dabei wurden für die drei Handlungsfelder Lebenswelt, Teilhabe/Aktivität und personenbezogene Faktoren Themenbereiche definiert, für die insgesamt 18 Indikatoren abgestimmt wurden (Grube et al., 2019). Diese Indikatoren sind zum Teil spezifisch für die Gesundheit älterer Menschen (z.B. Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten, Stürze, Harninkontinenz), zum Teil sind sie auch für andere Lebensphasen relevant (z.B. nicht erfüllte Versorgungsbedarfe, soziale Unterstützung, Depressivität, Belastung als pflegende Angehörige). Auf Basis dieses Indikatorensatzes sollen Indikatoren und Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität, Wohlbefinden, psychischer und körperlicher Gesundheit im höheren Alter weiterentwickelt und harmonisiert werden.

Künftig soll damit ein lebensphasenspezifischer Kernindikatorenset für die Gruppe der älteren Menschen zur Verfügung stehen und an die Kernindikatoren der Public Health Surveillance angeschlossen werden. Damit wird es möglich sein, für diese spezifische Gruppe Indikatoren aus allen Bereichen, d.h. körperliche und psychische Gesundheit, Prävention und gesundheitlicher Ungleichheit zusammenzuführen.

Besondere Anforderungen an die Stichprobe und das Erhebungsdesign

Auch im höheren Alter muss Gesundheit multidimensional mit kombinierten Befragungs-, und Messdaten sowie der Verknüpfung mit externen Datenquellen (z.B. Krankenkassendaten, Daten aus Geoinformationssystemen) abgebildet werden.

Durch ein auf hochaltrige und gesundheitlich eingeschränkte Personen angepasstes Vorgehen wird die Erhebung von Daten zur gesundheitlichen Lage von Personen ab 65 Jahren maßgeblich verbessert. In verschiedenen Studien des RKI (OMAHA I, OMAHA II, IMOA) konnte gezeigt werden, dass mit einem sequentiellen Mixed-Mode Design, welches verschiedene Möglichkeiten der Teilnahme bietet (Papierfragebogen, telefonisches Interview, persönliches Interview vor Ort und Befragung von Angehörigen/Proxies), mehr ältere und alte Menschen erreicht wurden als mit bisherigen Verfahren (Gaertner et al., 2019). Zudem ermöglicht ein Mixed-Mode Design auch die Teilnahme von älteren Menschen mit Seh- oder Hörbeeinträchtigungen. Erfahrungen aus den GEDA-Studien zeigen, dass Online-Fragebögen bei Älteren mit digitaler Kompetenz akzeptiert sind (was aber nur einen selektiven Teil dieser Bevölkerungsgruppe betrifft). Im Gegensatz zu jüngeren Altersgruppen sind ältere Menschen öfter auf persönliche oder telefonische Kontakte angewiesen, um ihre speziellen Fragen zur Studie zu beantworten, da z.B. elektronische Informationsangebote (Websites) wenig genutzt werden. In der IMOA-Studie wurde deutlich, dass dadurch die Kontaktrate und die Fallklärung stieg. Auf Basis dieser Vorstudien konnte die aktuell laufende Studie MonAge (www.rki.de/gesundheits65plus) verwirklicht werden. Sie ermöglicht zum ersten Mal den Einschluss hochaltriger Personen in das Monitoring des RKI.

Es ist zu erwarten, dass gerade im höheren Alter ein langfristiger Verbleib im Panel durch Mortalität, Erkrankungen und dem Nachlassen der körperlichen und kognitiven Funktionsfähigkeit beeinträchtigt wird. Dazu kommen Änderungen vom Lebensumfeld wie z.B. der Umzug in ein Pflegeheim. Vorläufige Ergebnisse auf der Basis einer Teilstichprobe der MonAge-Studie zeigen, dass für die Nachbefragung im Abstand von vier Monaten etwa 87% der Teilnehmenden der Basisbefragung noch zur Verfügung stehen. Dieser Anteil wird vermutlich mit zunehmender Dauer des Verbleibs im Panel geringer. Aus diesem Grund muss im Panel durch häufigere „Auffrischziehungen“ bei Einwohnermeldeämtern nachgesteuert werden. Es ist auch zu beachten, dass in EMA-Stichproben eine überproportionale Ziehung von Hochaltrigen notwendig ist, da die geringere Response dieser Altersgruppe ausgeglichen werden muss. Nur so können Ergebnisse mit einem angemessenen Konfidenzintervall zur Verfügung gestellt werden.

Die Erfahrungen der bisher am RKI durchgeführten Studien zeigen, dass pflegebedürftige und sehr stark eingeschränkte Menschen im Rahmen von bevölkerungsbezogenen Stichproben nicht ausreichend eingeschlossen werden können. Hier sind Kooperationen für „multiple-frame“ oder parallele Stichprobenansätze notwendig, um auch pflegebedürftige und funktionell hochgradig eingeschränkte ältere Menschen in die PHS einzubeziehen.

In der älteren Bevölkerung gibt es Gruppen, die schwerer erreichbar sind (z.B. einige Migrantengruppen, Menschen in Pflegeeinrichtungen) (Verweis Kapitel als schwer erreichbar

geltende Bevölkerungsgruppen). Ziel ist es, langfristig alle diese Gruppen zu identifizieren und Sekundärdaten zu verwenden, um sie in das Monitoring einzuschließen. Nur so kann gewährleistet werden, dass Ergebnisse für die Gesamtheit aller älteren Menschen bereitgestellt werden können und Verzerrungen zuungunsten benachteiligter Gruppen vermieden werden.

Gesundheit schwer erreichbarer Bevölkerungsgruppen

Begründungszusammenhang

Eine prioritäre Aufgabe des RKI-Gesundheitsmonitorings ist die „Erfassung des Gesundheitszustands und -verhaltens der Bevölkerung sowie relevanter gesundheitlicher Einflussfaktoren“ (Kurth, 2012). Hierfür ist es unerlässlich, alle Bevölkerungsgruppen in entsprechenden Anteilen in die Gesundheitssurveys einzubeziehen, um Aussagen zur gesundheitlichen Lage der gesamten Bevölkerung zu treffen und Gruppen zu identifizieren, die besondere gesundheitliche Bedarfe haben, z.B. hinsichtlich der Versorgung und Prävention bestimmter Erkrankungen. In den bisherigen Gesundheitssurveys ist es nur teilweise gelungen, alle Gruppen entsprechend ihres Anteils in der Bevölkerung für die Teilnahme zu gewinnen. So hatten in GEDA 19/20/ EHS nur 9,0% der Teilnehmenden eine eigene Migrationserfahrung; bevölkerungsanteilig traf dies im Erhebungszeitraum jedoch auf 18,4% der Menschen in Deutschland zu (Statistisches Bundesamt, 2020). Menschen mit einer niedrigen Bildung waren zu 7,1% in diesem Survey vertreten, wurden jedoch mittels Gewichtung auf 17,8% bevölkerungsanteilig angepasst.

Verlässliche Aussagen zur gesundheitlichen Lage innerhalb dieser Bevölkerungsgruppen zu treffen gestaltet sich aus diesem Grunde schwierig, auch weil davon auszugehen ist, dass es innerhalb der unterrepräsentierten Gruppen weitere Stichprobenverzerrungen durch Selektionseffekte gibt. So haben z.B. in der IMIRA-Machbarkeitsstudie „Befragung“ (Zeisler et al., 2020) insbesondere Menschen mit hoher Bildung teilgenommen; dies zeigt sich auch für Migrantinnen und Migranten im COSMO-Sample. Gleichwohl sind gerade die Personen, die hier nicht ausreichend abgebildet werden, von besonderen gesundheitlichen Risiken betroffen, die mit spezifischen Präventions- und Versorgungsbedarfen einhergehen. So zeigen sich für sozioökonomisch benachteiligte Gruppen höhere Prävalenzen verschiedener Gesundheitsbedarfe und chronischer Erkrankungen, wie z.B. Herz-Kreislauferkrankungen, Diabetes, chronische Bronchitis, Adipositas oder Depressionen (Lampert et al. 2017; Hoebel et al. 2018). Auch hinsichtlich des Migrationsstatus lassen sich Unterschiede beobachten: So sind beispielsweise die Diabetesprävalenzen unter türkischen Migrantinnen und Migranten der ersten Generation höher (Reeske et al., 2012), die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen unter Migrantinnen und Migranten hingegen geringer (Brzoska et al., 2016; Aparicio et al., 2005). Bei Menschen mit Fluchterfahrung zeigen sich höhere Prävalenzen psychischer Störungen (Brücker et al., 2019; Alberer et al., 2016; Marquardt et al., 2016).

Für den Aufbau einer Public Health-Surveillance ist es daher essentiell, die gesundheitliche Lage besonders exponierter Gruppen über die Zeit zu beschreiben und weitere vulnerable Gruppen sowie die Intersektion verschiedener Vulnerabilitäten zu identifizieren, um eine Evidenzgrundlage für politische Entscheidungen zu schaffen und das zeitnahe Ableiten von Maßnahmen zu ermöglichen.

Besondere Anforderungen an die Stichprobe und das Erhebungsdesign

Die geringere Teilnahmebereitschaft bestimmter Bevölkerungsgruppen kann nur zum Teil über Aufstockungsstichproben, z.B. im Rahmen eines Oversamplings (z.B. in KiGGS für Menschen mit anderen als der deutschen Staatsangehörigkeit), kompensiert werden, da nicht alle unterrepräsentierten Gruppen bereits im Zuge der Stichprobenziehung identifiziert werden können. Wollte man beispielsweise bestimmte ethnisierte Minderheiten, People of Colour, Arbeitslose oder Menschen mit niedrigem Bildungsstand über eine Telefon- oder Online-Access-Stichprobe generieren, so müssten eingangs aller Voraussicht nach als diskriminierend empfundene Screeningfragen gestellt werden, was die Teilnahmebereitschaft wiederum verringern würde.

Insbesondere zur Erhöhung der Teilnahmebereitschaft von Menschen mit statistisch definiertem Migrationshintergrund (Petschel/ Will, 2020) an Gesundheitssurveys gibt es langjährige Erfahrungen am RKI, z.B. aus der KiGGS-Studie (Frank et al., 2018), aber insbesondere aus dem IMIRA-Projekt (Koschollek et al., 2022). Mehrsprachige, multimodale Designs und insbesondere der persönliche Kontakt trugen entscheidend zur Teilnehmendengewinnung bei (Frank et al., 2018; Zeisler et al., 2019; Zeisler et al. 2020). Die gewonnenen Erkenntnisse werden derzeit im Rahmen der Studie GEDA Fokus umgesetzt, in der Menschen mit fünf ausgewählten Staatsangehörigkeiten mehrsprachig in einem sequentiellen Mixed-Mode-Design einschließlich der Möglichkeit persönlicher Interviews zu ihrer gesundheitlichen Lage befragt werden. Diese Expertise in der Konzept- und Strategieentwicklung lässt sich perspektivisch auch auf andere bisher als schwer erreichbar geltende Bevölkerungsgruppen innerhalb der gängigen Stichprobenrahmen übertragen.

Darüber hinaus gibt es weitere, gesundheitlich besonders vulnerable Bevölkerungsgruppen, die nicht mittels gängiger Stichprobenverfahren erreicht werden können, z.B. wohnungslose Menschen - nach Schätzungen der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe etwa 417.000 Personen in 2020 (BAG Wohnungslosenhilfe e.V., 2022) - oder jeweils nur für kurze Zeit oder unregelmäßig in Deutschland aufhältige Arbeitsmigrantinnen und -migranten. Zur Erreichbarkeit dieser Bevölkerungsgruppen können im Rahmen von Drittmittelprojekten alternative nicht-probabilistische Sampling-Methoden, wie Respondent-Driven Sampling oder partizipative Studien, eingesetzt werden. Hier ist die bestehende Zusammenarbeit mit Abteilung 3 auszubauen, aus der bereits eine Studie zur Gesundheit wohnungsloser Menschen hervorging (Robert Koch-Institut, 2021).

Essentiell für die Verbesserung der Erreichbarkeit von als schwer erreichbar geltenden Gruppen ist weiterhin die Einbeziehung der jeweiligen Perspektiven, z.B. durch die Etablierung von Community-Boards.

Besondere Anforderungen an die Indikatorik

Künftig wird die gesundheitliche Lage der Bevölkerung anhand der im Rahmen der Public Health-Surveillance entwickelten Kernindikatorik beschrieben werden. Das im IMIRA-Projekt entwickelte Kernindikatorenset zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage von Menschen mit Migrationshintergrund (Bartig, 2019) kann hierin aufgehen. Gleichwohl ist es unerlässlich, dass die zur Erhebung der Indikatoren verwendeten Instrumente kompatibel für alle zu erreichenden Bevölkerungsgruppen sind. Hierzu ist es notwendig, diese einer kognitiven (Pre-)Testung (Drennan, 2003; Willis, 1999) in verschiedenen Bevölkerungsgruppen zu unterziehen, um ein vergleichbares Verständnis der verwendeten Erhebungsinstrumente zu

gewährleisten. Andernfalls sind Erhebungsinstrumente im Hinblick auf Themen, Sprache oder auch Länge anzupassen, ggf. müssen sie für bestimmte Bevölkerungsgruppen adaptiert werden.

Zusammenfassend bietet ein umfassendes Gesundheitsmonitoring, mit dem Ziel alle Bevölkerungsgruppen anteilig einzuschließen, eine differenzierte Beschreibung der gesundheitlichen Lage und Möglichkeiten der zeitnahen Identifikation besonderer gesundheitlicher Bedarfe. Dies ermöglicht wiederum, flexibel und zielgruppengerecht Maßnahmen daraus abzuleiten und zu ergreifen. Beispielsweise hätten mit Hilfe eines etablierten Systems des Gesundheitsmonitorings zeitnah Bevölkerungsgruppen mit geringeren Impfquoten und mit Impflücken zusammenhängende Barrieren im Rahmen der COVID-19-Pandemie identifiziert werden können. Auch in Bezug auf andere Gesundheitsthemen gilt es, besonders vulnerable Gruppen sowie die Intersektion von Vulnerabilitäten zu identifizieren und die Bedarfe dieser Gruppen differenziert zu beschreiben, um daraus Maßnahmen abzuleiten, die ihren Gesundheitszustand verbessern. Ein stetiges, inklusives Gesundheitsmonitoring ermöglicht somit die gezielte Identifikation gesundheitlicher Bedarfe in verschiedenen Bevölkerungsgruppen und kann darüber hinaus auch Hinweise auf die Wirksamkeit von Maßnahmen, gemessen z.B. an Veränderungen in der Inanspruchnahme, Prävalenz und in Einstellungen liefern.

Umwelt und Gesundheit

Begründungszusammenhang

Umwelt-, Klima- und Lebensbedingungen stellen einen ebenso wichtigen wie komplexen Bereich potentiell beeinflussbarer Gesundheitsrisiken im Bereich der Verhältnisprävention und Public Health dar. Ein Viertel der globalen Krankheitslast könnte durch Strategien zum Management umweltbedingter Risikofaktoren wie Luft- und Wasserverschmutzung, Lebensmittelverunreinigung, Verletzungen und mangelnde Verkehrssicherheit vermieden werden. Umweltbedingte Risiko- und Schutzfaktoren spielen damit eine ähnlich bedeutsame Rolle für die Gesundheit der Bevölkerung wie die bereits im RKI-Gesundheitsmonitoring erhobenen Risikofaktoren wie körperliche Inaktivität, ungesunde Ernährungsstile, Alkoholmissbrauch und Rauchen (Zeeb, Hilderink, 2018). Bei fast allen chronischen Erkrankungen haben Umweltfaktoren einen Einfluss auf Befindlichkeit und Gesundheit der Bevölkerung und stellen damit wichtige Ansatzpunkte für Präventionsstrategien dar. Zudem gibt es Verknüpfungen zu weiteren Public-Health-relevanten Themen wie Zoonosen, Hitzemortalität oder Antibiotikaresistenzen.

Das Thema Umwelt und Gesundheit spielt im politischen, im wissenschaftlichen sowie im gesellschaftlichen Diskurs eine herausgehobene Rolle. Viele die Gesundheit beeinflussende Entscheidungen werden jedoch außerhalb des Gesundheitssektors getroffen, sodass eine gemeinsame Betrachtung und Umsetzung zu gesundheitlichen und umweltbezogenen Belangen mit den relevanten Politikfeldern immer bedeutsamer wird. Längerfristig ist daher – gemäß dem Ansatz von „Health in All Policies“ – eine Ausweitung der Indikatoren bzw. Abstimmung mit anderen Handlungsfeldern von großer Bedeutung.

Im Rahmen der Public Health Surveillance soll das Thema Umwelt und Gesundheit daher zu einem Themenschwerpunkt ausgebaut werden. Als Querschnittsthema hat der Themenbereich Umwelt und Gesundheit dabei enge Verknüpfungen innerhalb der Abteilung zu den

Bereichen körperliche und psychische Gesundheit sowie Gesundheitsverhalten (wie Ernährung oder Mobilität) und sozialen Determinanten der Gesundheit. Eine besonders enge Verbindung besteht zwischen Verhältnisdeterminanten und umweltbezogenen Gesundheitsrisiken, die mit sozialräumlichen Entwicklungen und fehlender „Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse“ in sozioökonomisch benachteiligten Wohnquartieren verbunden sind. Das Thema Umwelt und Gesundheit bietet zusätzlich einen Anknüpfungspunkt zu innovativen Konzepten des RKI, z.B. zu der im Aufbau befindlichen Abwassersurveillance (abwasserbasierte Epidemiologie für Viren, Bakterien, perspektivisch ausbaubar auf Umweltfaktoren) in Abt. 1 und 3 und es ist anschlussfähig zum ebenfalls im Aufbau befindlichen abteilungsübergreifenden Themenkomplex Klima und Gesundheit und den in diesem Bereich bereits am RKI bestehenden Projekten, z.B. Zepak, Hitzemortalität, KlimGesundAkt.

Fragen zu Ursachen, Wirkungsmechanismen und Auswirkungen einer sozialen (Ungleich-) Verteilung von Umweltbelastungen und -ressourcen sind interdisziplinär zu klären, damit Strategien zur weiteren wissenschaftlichen Bearbeitung dieses Themenfeldes und zur Formulierung von Handlungsempfehlungen für Forschung, Politik und Praxis erarbeitet werden können. Perspektivisch können Daten des Themas Umwelt und Gesundheit einen Beitrag zu Forschung zum Bereich „One Health“, also dem Zusammenspiel der Gesundheit von Mensch, Tier und Umwelt, sowie zu „Planetary Health“, also dem Zusammenspiel von menschlicher Gesundheit und den komplexen politischen, sozialen, ökonomischen sowie ökologischen Systemen, von denen sie abhängt (Müller et al., 2018).

Besondere Anforderungen an die Stichprobe und an das Erhebungsdesign

Für das Schwerpunktthema Umwelt und Gesundheit ist eine bevölkerungsrepräsentative Stichprobe notwendig, die eine geeignete regionale und zeitliche Auflösung hat. Regionalität ist in diesem Zusammenhang sowohl sozialräumlich als auch klimatisch zu verstehen. Für letzteres kann die regionale Aufteilung des Deutschen Wetterdienstes in 12 naturräumliche und landschaftliche Abgrenzungen als Grundlage verwendet werden. Für die sozialräumliche Auflösung kann auf die bewährten Methoden der Erhebungen der Abteilung 2 zurückgegriffen werden. Weiter ist eine Georeferenzierung der Adresse notwendig um Verknüpfungen zu Wetter-, Luftverschmutzungsdaten sowie sozialräumlichen Daten herstellen zu können. Dabei können GIS-gestützte Verknüpfungen und Erhebungen neue Potentiale erschließen. Für die genauere Einschätzung der umweltbedingten Krankheitslast ist eine linkage-Option mit GKV-Daten erforderlich.

Neben Befragungsdaten sind für das Thema Umwelt und Gesundheit auch Mess- und Untersuchungsdaten inkl. Bioproben erforderlich. Dabei geht es sowohl um Umweltdaten als auch um Gesundheitsdaten, um Rückschlüsse auf die Bedeutung von Umweltfaktoren auf die Gesundheit schließen zu können. Die Anschlussfähigkeit zu anderen Erhebungen (z.B. NaKo oder GerES) wird dabei sichergestellt.

Sowohl Längsschnitt- als auch Querschnittserhebungen sind für dieses Thema wichtig - je nach den zu entwickelnden Indikatoren müssen Zeitreihen noch definiert werden.

Besondere Anforderungen an die Indikatorik

Bislang umfasst das Gesundheitsmonitoring des RKI nur sehr wenige umweltbezogenen Indikatoren. Im Rahmen des RKI-Panels erhobenen Daten können jedoch das Erhebungsspektrum der vom UBA im Rahmen der vom RKI durchgeführten Monitoringstudien BGS, DEGS

sowie den KiGGS-Wellen mit der Deutschen Umweltstudie zur Gesundheit (GerES I-V) erhobenen Umweltindikatoren insbesondere zu physikalischen und toxikologischen Expositionsdaten um wichtige Public-Health-Aspekte ergänzen.

Daher ist der erste Schritt die Entwicklung eines Indikatorensets für den Bereich Umwelt und Gesundheit, um umweltbezogene Krankheitslasten (DALYs) abschätzen zu können. Geeignete Indikatoren sollen fachgebiets- und abteilungsübergreifend entwickelt und erarbeitet werden. Dies sollte unter Einbeziehung bereits entwickelter Indikatoren z.B. für die Diabetes-Surveillance oder der nationalen Burden of Disease-Studie und mittels einer Beratung durch externe Fachleute erfolgen. Dabei kann sowohl auf die im Projekt Aktualisierung des Sachstandsberichts Klimawandel und Gesundheit (KlimGesundAkt) etablierte externe Fachgruppe zurückgegriffen werden als auch auf die Kommission Environmental Public Health und die interne RKI-AG zu Klimawandel und Gesundheit.

In einer Pilotstudie sollen Indikatorensets erarbeitet werden, die an der Schnittstelle von Klima, Umwelt und Gesundheit ansetzen. Dabei sollen u.a. Delphi-Abfragen, externe Expertinnen und Experten sowie die Kommission Environmental Public Health und Umweltmedizin in den Prozess eingebunden werden. Ziel neben der Indikatoren-Entwicklung ist eine Operationalisierung zur Erfassung von sowohl Risiko- als auch Schutzfaktoren aus der gesamten Umwelt, die folgende Bereiche umfasst: natürliche, physikalische und physisch gebaute Umwelt sowie die soziale Ungleichheit, die psychosoziale Umwelt. Neben der Erfassung der Wirkungen von physikochemischen und mikrobiologischen Umweltbelastungen (Luftschadstoffe, Chemikalien, Schimmelpilze, Lärm etc.) ist auch die Erfassung von Ressourcen gesunder Lebensumwelten als Schutzfaktoren für chronische Erkrankungen wichtig. Dazu gehören z.B. Erholungsräume wie sichtbaren Grün- und Blauflächen oder Bewegungsmöglichkeiten im Außenraum.

Bei der Entwicklung der Indikatoren muss die Anschlussfähigkeit an andere Umwelt- und Klima-Indikatoren und Indikatorensets berücksichtigt werden, darunter auf der internationalen Ebene Sustainable Development Goals (SDGs) mit 232 Indikatoren für die 17 Ziele, Lancet Report on Climate Change mit 40 Indikatoren in 5 Bereichen, European Core Health Indicators (ECHI), European Environment Agency Indicators (EEAI), European Environment and Health Indicators (ENHIS), European Urban Health Indicators (URHIS) sowie auf der nationalen Ebene die Nachhaltigkeitsstrategie, Umweltbundesamt (UBA)-Daten zur Umwelt oder die Indikatoren der Bund-Länder-Gesundheitsberichterstattung zu nennen (Themenfeld 5, 14 Indikatoren).

Ressourcenbedarfsschätzung

	2023	2024	2025	Dauerhaft p.a.
Verstetigte Personalstellen Basis-NCD-Public-Health Surveillance	22,5	22,5	22,5	22,5
Personalstellen erweiterte Basis-NCD-Public-Health Surveillance	22	22	22	22

<i>Personalstellen beantragt über "RKI 2025"</i>				44
<i>Personalstellen beantragt über "RKI 9 Punkte Plan"</i>				21
Sachmittel Basis-NCD-Public-Health Surveillance	450.000	450.000	450.000	450.000
Sachmittel erweiterte Basis-NCD-Public-Health Surveillance	400.000	400.000	400.000	400.000

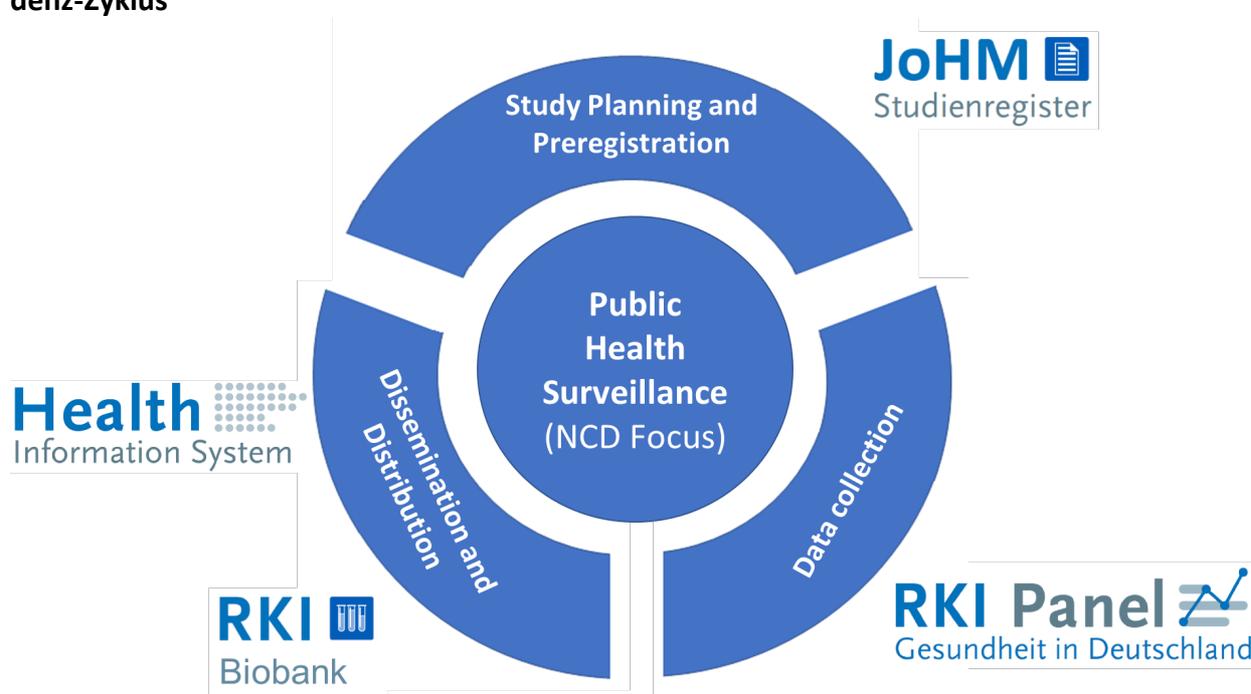
Maßnahmen und Zeitplanung

#	Maßnahmenbeschreibung	Ergebnis	Umsetzung bis Ende:
PHS 1.1	Gründung einer bereichsübergreifenden Arbeitsgruppe für die Public Health Surveillance	Arbeitsplanung liegt vor	Januar 2022
PHS 1.2	Erarbeitung von Protokollvorlagen für die Public Health Surveillance und Abstimmung mit anderen Vorhaben (vor allem: JoHM Studienregister)	Protokollvorlagen liegen vor Protokollvorlagen für die Schwerpunktthemen liegen vor	Q2/2022 Q4/2022
PHS 1.3	Inhaltliche Ausgestaltung der Protokolle für die Public Health Surveillance	Protokolle der PHS liegen vor Protokolle für Schwerpunktthemen liegen vor	Q4/2022 2024
PHS 1.4	Weiterentwicklung und Aktualisierung: Protokollvorlagen und PHS-Inhalte	Jährlich aktualisierte Protokollvorlagen und nach Bedarf aktualisierte Inhalte	laufend

3. Neue Infrastrukturangebote

Die in diesem Abschnitt beschriebenen neuen Infrastrukturangebote liefern die Voraussetzungen, die Amtsaufgaben der Abteilung in allen Phasen eines idealisierten Evidenz-Zyklus, bestehend aus der Evidenzgewinnung, -auswertung, -interpretation und -kommunikation, zeitnah fach- und sachgerecht erfüllen zu können. Sie unterstützen die Studienplanung (JoHM-Studienregister), die Primärdatenerhebung (RKI Panel) und die Dissemination von Daten und Ergebnissen (Health Information System). Darüber hinaus ist die Distribution von Bioproben (RKI Biobank) vorgesehen. Abbildung 4 visualisiert die Rolle der jeweiligen Infrastrukturangebote im Evidenz-Zyklus. Im Zentrum des Evidenz-Zyklus steht die zuvor beschriebene Public-Health-Indikatorik der Abteilung.

Abbildung 4: Neue Infrastrukturangebote der Abteilung 2 entlang eines idealisierten Evidenz-Zyklus



3.1. Studienplanung: JoHM Studienregister

Ausgangssituation

„Prä-Registrierung“ bezeichnet das öffentliche Festsetzen einer geplanten Studiendurchführung und -auswertung, z.B. in Form einer Zeitschriftenpublikation, einschließlich des (theoretischen) Hintergrunds der Studie, der verfolgten Fragestellungen und ggf. der zu testenden Hypothesen sowie die Auswertungsstrategie bereits im Vorfeld einer Datenerhebung. Mittels Prä-Registrierung soll eine Studie idealerweise von unabhängiger Seite umgesetzt bzw. repliziert werden können. Zudem kann der Nachweis erbracht werden, dass die Befunde tatsächlich prospektiv (hypothesentestend) oder - negativ formuliert - nicht aufgrund von fragwürdigen Forschungspraktiken erzielt wurden. Prä-Registrierung ist zudem eine Maßnahme, um - unabhängig vom Ergebnis - alle zu einem Thema durchgeführten Studien

öffentlich sichtbar zu machen. Unberichtete Studienbefunde verzerren die wissenschaftliche Befundlage (z.B. im Rahmen von systematischen Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen) und können zu unangemessenen Schlussfolgerungen hinsichtlich Existenz, Richtung und Intensität empirisch ermittelter Effekte oder Assoziationen führen.

Prä-Registrierungen basieren auf Studienprotokollen und werden entweder in Zeitschriften oder gesonderten Studienregistern veröffentlicht. Im Bereich der Epidemiologie und Public-Health-Forschung existieren zahlreiche Vorlagen für Studienprotokolle. Beispiele für Studienregister in denen sich Protokolle der Abteilung finden sind das [Deutsche Register für Klinische Studien \(DRKS\)](#), [ClinicalTrials.gov](#), [PROSPERO](#), und die [International Clinical Trials Registry Platform \(ICTRP\)](#) der WHO. Beispiele für Zeitschriften, in denen Studienprotokolle der Abteilung bisher veröffentlicht wurden, sind [BMC Nutrition](#), BMC Public Health, das [JoHM](#), Frontiers in Public Health und das [International Journal of Environmental Research and Public Health](#).

Studienprotokollvorlagen unterscheiden sich in ihrem Abstraktionsgrad, ihrer inhaltlichen Ausgestaltung und Eignung für die Studiendesigns der Abteilung stark voneinander. Nicht selten müssen aufgrund der Vorgaben wissenschaftlicher Zeitschriften und Studienregistern Kompromisse eingegangen werden, welche die Reproduzierbarkeit und Replizierbarkeit der protokollbasierten Studienbeschreibung mindern. Deshalb ist es wünschenswert, eigene Protokollvorlagen zu entwickeln und für eigene Studien zu empfehlen. Ein weiterer Vorteil eigener Protokollvorlagen läge in der Verbindung zum nachfolgend beschriebenen Vorhaben im Bereich der Datenerhebung (RKI Panel). Sind Studien unabhängig umsetzbar dokumentiert, kann diese Beschreibung auch als Input für selbst durchgeführte Studien dienen. Multiple Studienbeschreibungsformate (z.B. Studienbeschreibungsformat für die Antragstellung unterscheidet sich von der veröffentlichten Form eines Studienprotokolls, dieses wiederum von den Unterlagen für die mit Datenerhebungen betrauten operativen Bereiche) würden im Rahmen eigener (generischer) Studienprotokollvorlagen vereinheitlicht.

Zielbeschreibung

Im JoHM soll ein gesondertes Publikationsformat (Studienprotokolle) etabliert werden, basierend auf selbst entwickelten Protokollvorlagen. Diese Protokollvorlagen sollen etablierte Vorlagen synthetisieren und generisch gestaltet sein, so dass vielfältige Spezialformate (z.B. Studienbeschreibungen für Anträge) ableitbar sind. Die zu entwickelnden Protokollvorlagen werden in der Abteilung als Rahmen zur Erhebung von Daten im nachfolgend beschriebenen RKI Panel verbindlich festgeschrieben. Perspektivisch sollen auch Prä-Registrierungen externer Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aufgenommen werden, entweder weil diese Daten im RKI Panel erheben möchten oder das Format im Sinne eines unabhängigen Studienregisters (z.B. für Health Impact Assessments, zur Primär-, Sekundär- und meta-analytischen Datenanalyse) nutzen möchten.

Ressourcenbedarfsschätzung

Personal- und Sachmittel

Ausbau JoHM	2023	2024	2025	Dauerhaft p.a.
Personalstellen	6	6	6	6
Sachmittel	30.000	30.000	30.000	30.000

Maßnahmen und Zeitplan

#	Maßnahmenbeschreibung	Ergebnis	Umsetzung bis Ende:
I1.1	Erarbeitung von Protokollvorlagen für das JoHM-Studienregister in einer fachgebiets-übergreifenden Arbeitsgruppe (siehe Anhang 1)	Protokollvorlagen liegen vor	Q2/2022
I1.2	Ausschreibung, Anschaffung und Betrieb eines Editorial Management Systems zur Unterstützung des erweiterten Aufgabenspektrums des JoHM	Editorial Management System in Betrieb	Q2/2022
I1.3	Laufende Evaluation und Weiterentwicklung des JoHM-Studienregisters sowie der Protokollvorlagen in einer fachgebiets- übergreifenden Arbeitsgruppe (siehe Anhang 1)	Jährlich aktualisierte Protokollvorlagen und Prozesse	laufend

3.2. Datenerhebung: RKI Panel

Ausgangssituation

Ziel, des in der Abteilung 2 verorteten RKI-Gesundheitsmonitorings, ist es, die Entwicklung im Krankheitsgeschehen, im Gesundheits- und Risikoverhalten der Bevölkerung kontinuierlich zu beobachten und die Wirkung von Interventions- und Präventionsmaßnahmen auf Bevölkerungsebene zu evaluieren. Die Generierung eigener Daten (Primärdaten) spielt hierbei eine zentrale Rolle. Dies umfasst sowohl Befragungs- als auch Untersuchungsdaten (Messungen, funktionelle Tests- und Labordaten) sowie die Schaffung von Schnittstellen zu weiteren externen Datenquellen (Sekundärdaten, wie z.B. Krankenkassendaten, jeweils in enger Abstimmung mit anderen Abteilungen im Haus).

Die bisherigen Primärstudien der Abteilung 2, wie z.B. [Gesundheit in Deutschland aktuell \(GEDA\)](#), die [Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland \(DEGS1\)](#) und die [Studie zur](#)

[Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland \(KIGGS\)](#) waren als jeweils abgegrenzte bzw. in sich geschlossene Erhebungsprojekte realisiert. Damit ist gemeint, dass für jedes Projekt eigene Ressourcen für die Planung, Stichprobenziehung, Erhebung, Nachbearbeitung und Auswertung eingesetzt wurden. Zeitnahe Ad-hoc-, Pilot- und Sonderstudien (z.B. aufgrund zuvor nicht absehbarer Erkenntnisinteressen, wie sie beispielsweise eine Pandemie hervorbringt) waren in diesen Erhebungsprojekten nicht umsetzbar. Mit den Projektanforderungen entwickelten sich vor allem im operativen Erhebungsbereich unregelmäßige Auslastungen, die u. a. eine fluktuierende Personalsituation zur Folge hatte. Hochqualifizierte Kolleginnen und Kollegen mussten das RKI verlassen, deren Profil für eine nächste (noch nicht bewilligte) Erhebung erforderlich gewesen wäre. Als eine Lösung auf die genannten Herausforderungen wurden deshalb in der Abteilung erstmalig im Jahre 2013 Möglichkeiten zum Aufbau einer dauerhaft verfügbaren Erhebungsinfrastruktur (sog. Panelinfrastruktur) erwogen, jedoch aufgrund zahlreicher offener Fragen - vor allem im Bereich Datenschutz und IT-Sicherheit - bisher nicht realisiert.

Die COVID-19-Pandemie hat die Abteilung zusätzlich vor neue Herausforderungen gestellt. Unter der Leitung von Abteilung 2 wurden sehr zeitnah verschiedene Studien zur Beantwortung drängender pandemiebezogener Fragen durchgeführt, und zwar [CORONA-MONITORING lokal](#), [CORONA-MONITORING bundesweit](#) und die [COALA-Studie](#) (als Teil der [Corona-Kita-Studie](#)). Maßgeblich beteiligt ist die Abteilung 2 auch an der [COSMO-Studie](#) sowie an digitalen Werkzeugen und Datenquellen zur Pandemieeindämmung, wie beispielsweise der [Corona-Warn-App](#) (CWA) und der [Corona-Datenspende-App](#).

Die Pandemie verdeutlichte, dass tradierte Prozessabläufe vor allem im Zusammenhang mit dynamisch wechselnden Anforderungen schnell an ihre Grenzen stoßen und Ressourcenprobleme vergrößern. So ermöglicht es die projektförmige Organisation der pandemiebezogenen Erhebungen der Abteilung (erneut) kaum, Fragestellungen längsschnittlich und auf zukünftige Bedarfe der Politik, Wissenschaft und Öffentlichkeit hin ausgerichtet weiterzuverfolgen. Hieraus lässt sich die Forderung nach neuen Strukturen ableiten, deren Kernelement eine Panelinfrastruktur für die Public-Health-Forschung sein sollte.

Momentan existiert noch keine nationale Panelinfrastruktur für die Public-Health-Forschung, d.h. eine dauerhaft nutzbare Infrastruktur zur Durchführung epidemiologischer Studien zur Erhebung von Befragungsdaten, Messdaten (z.B. Größen- und Gewichtsmessungen, Sensordaten) und Daten aus der Laboranalyse von Bioproben. Der Begriff Panelinfrastruktur bezeichnet hier ein offenes, idealerweise allen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern zur Verfügung stehendes Omnibus Access Panel ([Bosnjak et al., 2018](#); [Das, Kapteyn & Bosnjak, 2018](#)), basierend auf Probandenkohorten, die sich bereit erklärt haben, regelmäßig an Studien zu verschiedenen, nicht notwendigerweise verbundenen Themen teilzunehmen.

Bestehende nationale Panelinfrastrukturen, wie z.B. das Sozio-oekonomische Panel (SOEP), das GESIS Panel, das German Internet Panel (GIP), das Nationale Bildungspanel (NEPS) und das ZPID PsychLab führen rudimentär epidemiologische Untersuchungen durch, sind jedoch primär auf die Studienanforderungen im Bereich der Sozial-, Wirtschafts-, Verhaltens-, Erziehungs- und Politikwissenschaften hin ausgerichtet. Epidemiologische Untersuchungsdesigns können - wenn überhaupt - mittels der bestehenden Angebote in der Regel nur sehr eingeschränkt umgesetzt werden und die Anforderungen an den Studiumumfang sind für Public-

Health-Fragestellungen kaum akzeptabel restriktiv (z.B. maximal fünf Minuten Untersuchungszeit pro Erhebungswelle im GESIS Panel).

Zielbeschreibung

Es soll eine auf die Bedarfe der Public-Health-Forschung im Allgemeinen und an denen der Abteilung 2 im Besonderen ausgerichtete Panelinfrastruktur (RKI Panel) aufgebaut werden. Mittels dieser Infrastruktur sollen zunächst nur für abteilungsinterne Zwecke, im Endausbauzustand dann auch für externe Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, Daten aus drei generischen Quellen erhoben werden können, und zwar Befragungsdaten, Messdaten und Labordaten.

Grundvoraussetzungen für eine Datenerhebung im RKI Panel sollen sein: (1) Prä-Registrierung des jeweiligen Studienprotokolls in einer gesonderten Rubrik des JoHM, das damit auch als Studienregister dienen wird (siehe auch [Abschnitt 3.3](#)), (2) positive Stellungnahmen seitens abteilungsinterner und ggf. externer (ad-hoc) Gutachterinnen und Gutachter und (3) die Datenarchivierung im Forschungsdatenzentrum (FDZ) des RKI.

Durch diese bereits in anderen Panelinfrastrukturen (z.B. GESIS Panel, PsychLab, German Internet Panel) erfolgreich etablierten Voraussetzungen wird sichergestellt, dass Studien aufgrund ihrer qualitätsgeprüften Protokollbasierung transparent, standardisiert und umsetzbar bzw. replizierbar dokumentiert sind. Darüber hinaus wird über die Verbindung zum FDZ des RKI sicherstellen, dass die im RKI Panel erhobenen Daten langfristig bereitstehen.

Weitere Merkmale des RKI Panels sollen sein:

- *Multiple Stichprobenkohorten und Rekrutierungswege.*
Das Panel soll eine maximale Vielfalt im Hinblick auf die Auswahl von Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer bieten und deshalb perspektivisch aus mehreren Stichprobenkohorten bestehen. Damit werden nicht nur kohortenspezifische sondern auch kohortenübergreifende Studien (Ziehung von Stichproben quer zu allen Kohorten) ermöglicht. Neben probabilistischen sollen auch nicht-probabilistische Stichproben Teil des RKI Panels sein. Personen-, Haushalts- und Multiplikatorenstichproben (z.B. bestimmte Funktionsträgerinnen und Funktionsträger, Auskunftspersonen in bzw. für Institutionen, Berufsgruppen wie Ärztinnen und Ärzte, Erzieherinnen und Erzieher) sowie schwer erreich- und befragbare Bevölkerungsgruppen (z.B. Menschen mit Migrationshintergrund, Hochaltrige und ggf. deren Auskunftspersonen) sollen ebenfalls vorgesehen werden.

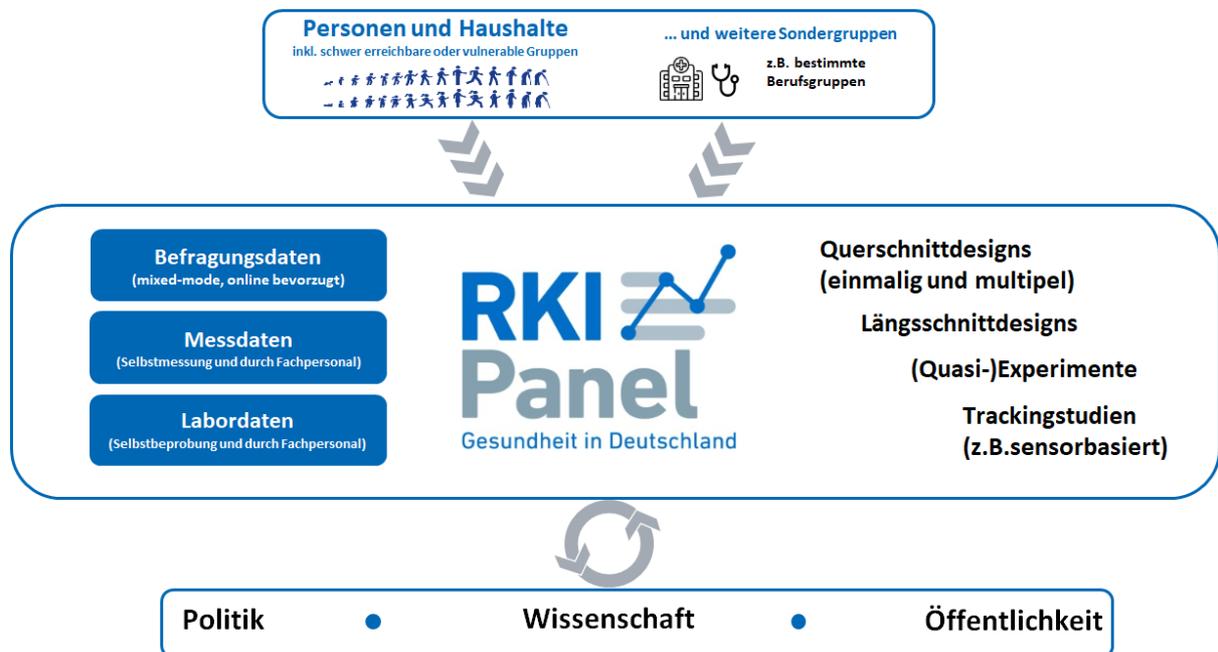
Drei generische Rekrutierungswege sollen die Auswahlbasis des RKI Panel liefern, und zwar gesonderte Rekrutierungsstudien, „Huckepack“-Rekrutierungen (piggyback recruitment) und Konvertierungsstudien. Rekrutierungsstudien verfolgen das Ziel, Panelisten mit bestimmten Charakteristiken zu rekrutieren (z.B. Stichprobe der Allgemeinbevölkerung, schwer erreichbare Zielgruppen). Mittels „Huckepack“-Rekrutierung werden Teilnehmerinnen und Teilnehmer einer Studie, die primär inhaltliche Fragestellungen zu beantworten sucht, am Ende der Erhebung gebeten und motiviert, am RKI Panel teilzunehmen. Alle inhaltlichen Studien der Abteilung 2 sollen

‘Huckepack’-Rekrutierungen vorsehen. Es wäre wünschenswert, dies für alle im RKI stattfindenden Studien zu etablieren. Bereits akquirierte wiederkontaktierungsbereite Teilnehmende aus Querschnittsstudien wie GEDA und KiGGS können in das Panel aufgenommen werden. Konvertierungsstudien haben das Ziel, Nutzerinnen und Nutzer von RKI-Diensten, wie beispielsweise die Corona-Warn-App oder die Corona-Datenspende-App, in Panelistinnen und Panelisten zu konvertieren.

- *Multiple Studiendesigns und Modularität der Erhebungswellen.*
Das RKI Panel soll maximal flexibel im Hinblick auf die umsetzbaren Studiendesigns sein. Querschnittsstudien (einmalig und multipel), längsschnittliche Designs unterschiedlicher Länge und Taktung sowie experimentelle bzw. Interventionsstudien sollten umsetzbar sein.
Darüber hinaus sollen reguläre Erhebungswellen in einer für Public-Health-Fragestellungen sinnvollen Taktung vorgesehen werden. In diesen Erhebungswellen, die jeweils modular aufgebaut sind (sog. Omnibus-Untersuchungen) sind Kapazitäten für spezifische Inhalte der Abteilung reserviert, z.B. eine [GEDA](#)-Basiserhebung zur Aufstockung des RKI Panel nebst eventueller Zusatzmodule und das zu entwickelnde Public-Health-Surveillance-System. Perspektivisch sollen auch Erhebungsmodule für externe Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler zur Verfügung gestellt werden. Neben geplanten Wellen soll das RKI Panel Sonderstudien und Ad-hoc-Studien ermöglichen.
- *Maximale Kombinierbarkeit von Befragungsdaten, Messdaten und Labordaten.*
Das im RKI Panel verfügbare Portfolio an möglichen Datenquellen, bestehend aus Befragungsdaten, Messdaten und Labordaten, soll zur Beantwortung inhaltlicher Fragestellungen flexibel kombinierbar sein. Dies gilt auch für die Ausgestaltung von Erhebungen innerhalb der jeweiligen Datenquelle. So sollen bei Befragungen mehrere Befragungsmodi denkbar sein (aus Kostengründen unter Bevorzugung des Online-Befragungsmodus), Mess- und Labordaten sollen sowohl als Selbstmessung bzw. -beprobung als auch durch qualifiziertes Studienpersonal prinzipiell umsetzbar sein. Die bereits am RKI verortete Expertise im Bereich der Erhebung von Trackingdaten (gewonnen im Rahmen des Projekts [Corona Datenspende App](#)) soll in das RKI Panel integriert werden.
- *Public-Health-Surveillance-Kernindikatorik und längsschnittliche Fortführung von Kernelementen vorheriger Bestandsuntersuchungen als längsschnittliche Kernmodule.*
Die in [Abschnitt 2](#) beschriebene Public-Health-Kernindikatoren sowie zentrale Bestandteile aus vorherigen Bestandsuntersuchungen der Abteilung (z.B. DEGS, KIGGS) sollen in Form von längsschnittlichen Kernmodulen dauerhaft und regelmäßig im RKI Panel erhoben werden. Welche Merkmalsbündel letztendlich Einzug finden, wird im Rahmen der vorgesehenen bereichsübergreifenden Arbeitsgruppen entwickelt.

Die zentralen Elemente des RKI Panels sind in Abbildung 5 noch einmal zusammenfassend dargestellt.

Abbildung 5: Kernelemente des RKI Panels



Im RKI Panel erhobene Daten sollen über das FDZ des RKI bereitgestellt werden. Für den Vertrieb von Bioproben soll eine eigene Distributionsstruktur aufgebaut werden (RKI Bio-bank).

Ressourcenbedarfsschätzung

Personal- und Sachmittel

RKI Panel	2023	2024	2025	Dauerhaft p.a.
Personalstellen	26	26	26	26
<i>Personalstellen beantragt über „RKI 2025“</i>				25,5
<i>Personalstellen beantragt über „RKI 9 Punkte Plan“</i>				12
Sachmittel (Rekrutierungen, Befragungen, Untersuchungen, Laboranalysen)	4.800.000	4.800.000	4.800.000	4.800.000

Maßnahmen und Zeitplanung

#	Maßnahmenbeschreibung	Ergebnis	Umsetzung bis Ende:
RKI Panel Infrastruktur			
I2.1	Ausschreibung, Anschaffung und Betrieb einer Panelmanagement- und Online- Befragungssoftware	Panelmanagement-System und Online-Befragungssoftware betriebsbereit	Q1/2022
I2.2	Erarbeitung eines Panelbetriebskonzepts unter Berücksichtigung der Bedarfe der Abteilung und unter Einbezug von Data4Life als strategischen Partner in einer FG-übergreifenden Arbeitsgruppe (siehe Anhang 1)	Lastenheft und Panelbetriebskonzept	Q2/2022
I2.3	Durchführung von Pilotstudien (abteilungsintern und mit Kooperationspartnern, z.B. Hausärztinnen und Hausärzten, Gesundheitsämtern, Markt- und Sozialforschungsunternehmen, etc.)	Überarbeitetes Panelbetriebskonzept	Q4/2022
I2.4	Regelbetrieb des RKI Panel (mindestens Befragungsstrang)	Laufender Studienbetrieb	ab Q1/2023
I2.5	Laufende Evaluation und Weiterentwicklung des Panelbetriebskonzepts in einer fachgebiets- übergreifenden Arbeitsgruppe (siehe Anhang 1)	Jährlich aktualisiertes Panelkonzept	Erstmalige Revision Q4/2022, dann jährlich in Q4
Aufbau und Betrieb einer Stichprobenkohorte des Panels, um venöse Blutproben zu gewinnen und die Messung von Körpermaßen durchzuführen (Weitere Pilotstudien zur Durchführung von Selbstmessungen und zum Auslesen und Transferieren von Sensordaten müssen noch gesondert erarbeitet werden.)			
I3.1	Durchführung und Auswertung von Interviews zur Bereitschaft von Hausärztinnen und -ärzten zur Probengewinnung und Durchführung von Messungen in Zusammenarbeit mit dem RKI	Grundlage für die Entwicklung verschiedener Pilotstudien	Q2/2022

#	Maßnahmenbeschreibung	Ergebnis	Umsetzung bis Ende:
13.2	Entwicklung und Pilotierung von Erhebungsdesign und Probenlogistik in ausgewählten HA-Praxen	Grundlage für Pretestung in zufällig ausgewählten HA-Praxen	Q4/2022
13.3	Pretestung von Bioprobengewinnungen und einfachen Messungen in einer Zufallsstichprobe (Rekrutierungsstudie)	Pretest-Bericht	Q4/2023
13.4	Pretest Auswertung und Entscheidung über weiteres Vorgehen		Q1/2024
13.5	Fortsetzung und Weiterentwicklung der Kooperation mit HA-Praxen: Datenerhebung bei einer bundesweit repräsentativen Stichprobe	Ende der Datenerhebung. Infrastruktur für wiederholte und flexible Beprobungen etabliert	Q2/2025
13.6	Wiederaufnahme der Gewinnung von Bioproben und Durchführung von erforderlichen Messungen mit RKI-Untersuchungsteams: Datenerhebung bei einer bundesweit repräsentativen Stichprobe	Ende der Datenerhebung	Q2/2025
13.7	Evaluierung von Methoden der Selbstbeprobung und Selbstmessungen und der Nutzung von Sensordaten		Q4/2023

Nächste Schritte zum Aufbau einer neuen Infrastruktur für die Erhebung von Untersuchungsdaten sind: Der Aufbau einer neuen Infrastruktur, um bei Teilnehmenden des RKI-Panels bundesweit Bioproben zeitnah und flexibel zu gewinnen sowie Messungen und Tests durchzuführen, erfordert umfangreiche Recherchen und das Pilotieren verschiedener Ansätze. Dabei sollen Erfahrungen aus den bisherigen Untersuchungssurveys DEGS und KiGGS sowie aus den aktuell durchgeführten Studien Corona Monitoring lokal und Corona Monitoring bundesweit evaluiert und neue Formate der Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern wie Hausärztinnen und -ärzte, Gesundheitsämtern und Markt- und Sozialforschungsinstituten entwickelt und erprobt werden. Ziel ist es dabei je nach Fragestellung verschiedene

Methoden der Erhebung von Untersuchungsdaten anbieten zu können. Dabei sind prinzipiell drei Varianten zu nennen:

- Selbstbeprobung und Selbstmessung
- Bioprobengewinnung und Durchführung von Messungen und Tests durch Kooperationspartner
- Bioprobengewinnung und Durchführung von Messungen und Tests durch RKI-Studententeams

Diese Varianten unterscheiden sich im möglichen Umfang und in der Qualität der Erhebungen, in zeitlichen Dimensionen sowie in Personal- und Ressourceneinsatz. Am Ende einer Phase der Recherche, Methodenentwicklung, Pilotierung und Bewertung soll dargelegt werden können, welche Datenerhebungen zu welchen Konditionen angeboten werden können. Ein wichtiges Ziel ist es dabei, Erhebungsmethoden zur Verfügung zu stellen, die es ermöglichen zentrale Fragestellungen aus den Untersuchungssurveys DEGS und KiGGS weiterzuvorforschen und Verlaufsbeobachtungen anstellen zu können.

Vorrangig sollen zunächst die Möglichkeiten von langfristigen Kooperationen mit Hausärztinnen und Hausärzten und/oder Gesundheitsämtern geprüft werden, da diese das Potenzial für die zeitnahe bundesweite Gewinnung von Blut- und anderen Bioproben sowie die Erhebung von einfachen Messdaten haben, die für die Abbildung der Kernindikatoren der NCD Surveillance erforderlich sind. Sollten sich diese Konzepte nicht realisieren lassen, müssten diese Kernuntersuchungen vorerst durch eigene Untersuchungsteams erhoben werden oder andere Lösungen gesucht werden.

Parallel sollen Pilotstudien zur Evaluierung von Methoden der Selbstbeprobung und Selbstmessungen und der Nutzung von Sensordaten durchgeführt werden.

3.3. Dissemination: Health Information System (HIS)

Ausgangssituation

Die GBE bietet eine kontinuierliche Berichterstattung zu einem breiten Themenspektrum rund um die gesundheitliche Situation der Bevölkerung in Deutschland und stellt umfassende Daten- und Informationsgrundlagen für unterschiedliche Zielgruppen bereit. Die GBE stützt sich auf ein breites Spektrum an Daten und Ergebnissen aus dem RKI-Gesundheitsmonitoring, Routine- und Registerdaten, amtliche Statistiken, epidemiologische Surveys und Daten zu Infektionserkrankungen. Unterschiedliche Disseminationsformate kommen bisher zum Einsatz, und zwar das JoHM, thematische Gesundheitsberichte (z.B. „[Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland](#)“), umfassende Gesundheitsberichte („[Gesundheit in Deutschland](#)“) und das Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE, www.gbe-bund.de). Weitere seitens der Abteilung 2 bediente Disseminationsformate sind derzeit:

- Publikationen von Informationen auf der RKI-Webseite bzw. Subsites wie der Diabetes-Surveillance (<https://diabsurv.rki.de>) oder der nationalen Krankheitslaststudie BURDEN 2020 (<https://www.daly.rki.de/>) mit eigenen Datenbanken und eigener Öffentlichkeitsarbeit

- projektorientierte Sites (www.krebsdaten.de, www.geda-studie.de, www.degs-studie.de oder www.kiggs-studie.de)
- Beiträge in nationalen und internationalen Fachzeitschriften
- Kongressbeiträge
- Vorträge auf Einladung in Expertengremien/ÖGD-Veranstaltungen etc.
- Beiträge zu anderen Berichtssystemen (Armut- und Reichtumsbericht, Präventionsbericht)
- Wissenschaftliche Begleitung gesundheitspolitischer Prozesse (wie Nationale Gesundheitsziele) und Gremien durch die Entwicklung von Evaluationskonzepten und -publikationen
- Beiträge zur grauen Literatur
- Datenlieferungen an internationale Organisationen
- Bereitstellung von Scientific Use Files

Auch die Beiträge des RKI zum alle vier Jahre erscheinenden Präventionsbericht der Nationalen Präventionskonferenz (NPK) sind in diesem Zusammenhang zu nennen. Der Präventionsbericht ist alle vier Jahre vorgesehen, um das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention ([Präventionsgesetz, 2014](#)) zu begleiten. Im Gesetz ist für das RKI festgelegt, dass relevante Informationen aus dem RKI-Gesundheitsmonitoring beigesteuert werden sollen.

Der historisch gewachsenen Fülle an Informationsangeboten und Disseminationsformaten der Abteilung mangelt es an Verzahnung und Harmonisierung. Zudem führen bestimmte Publikationsformate zu zeitlichen Verzögerungen, welche die heutigen Erwartungen an die zeitnahe Verfügbarkeit von Informationen kaum erfüllen können. Eine weitere Herausforderung stellt die adressatengerechte Kommunikation dar: Wissenschaft, Politik, Akteure im Gesundheitswesen und in Prävention und Gesundheitsförderung wie auch die interessierte (Fach-)Öffentlichkeit sind mit spezifischen Angeboten, Kommunikationsformaten und Sprachstilen anzusprechen. Dazu müssen die Anforderungen der Nutzenden kontinuierlich erfasst und die Formate daran im Rahmen eines noch zu entwickelnden Gesamtkonzepts geeigneter Berichtsformate ausgerichtet werden.

Ein erstes Konzept für eine nachhaltige Infrastruktur für Gesundheitsinformationen in der EU, die Distributed Infrastructure on Population Health (DIPoH), wurde unter der aktiven Beteiligung der Abteilung entwickelt, ist jedoch bisher noch nicht umgesetzt worden. Die COVID-19-Pandemie hat zusätzlich verdeutlicht, dass ein schneller, flexibler und strukturierter Mechanismus zur Organisation und zum Austausch von Gesundheitsinformationen, auch auf internationaler Ebene, dringend erforderlich ist.

Zur Förderung der internationalen Vernetzungen und Zusammenarbeit hat die Bundesregierung im Jahr 2020 ihre neue „Global Health Strategy“ veröffentlicht, welche eine Internationalisierung und wissenschaftliche Vernetzung für weite Bereiche des Gesundheitsschutzes einfordert. Indem Themenbereiche wie Klimawandel, Gesundheitssystemstärkung und die Digitalisierung von Gesundheitsinformationen benannt werden, ist diese Strategie auch handlungsleitend für die Abteilung 2. Zudem hat das BMG im Jahr 2016 das Global Health Protection Programme ([GHPP](#)) entwickelt. Das GHPP unterstützt die Entwicklung der Fähigkeiten zur internationalen Unterstützungsleistung auf globaler Ebene und vernetzt diese mit

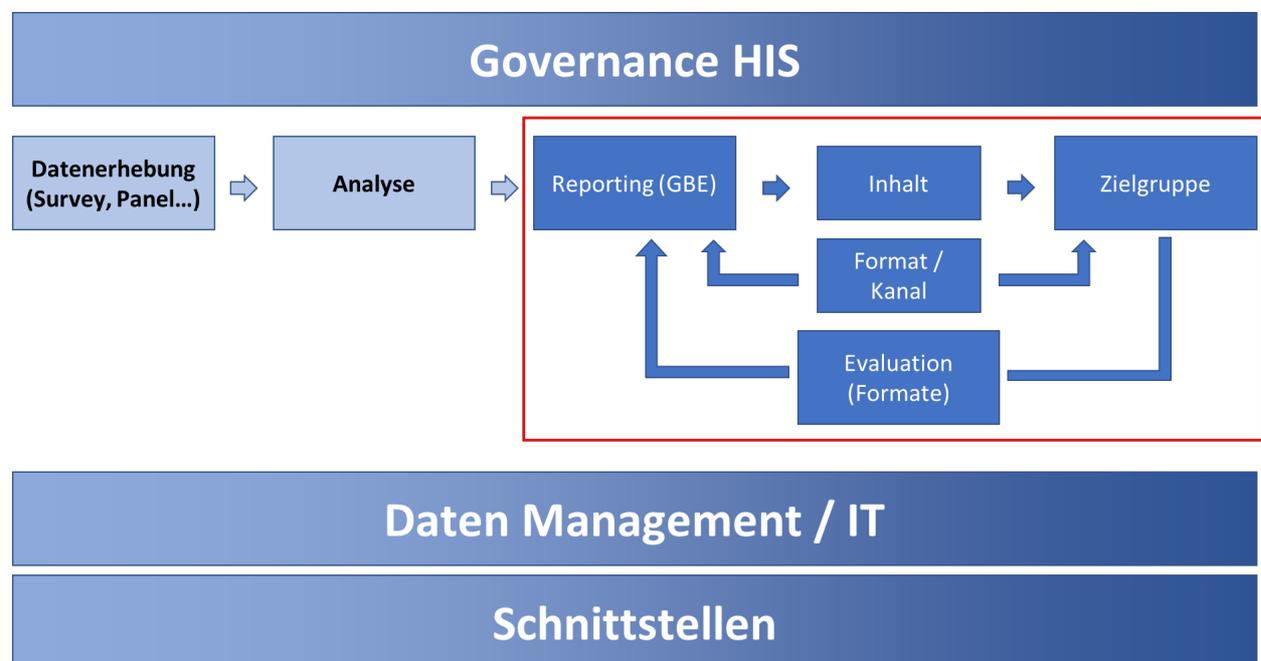
den relevanten internationalen Akteuren, insbesondere der WHO und Akteuren wie [IANPHI](#), der internationalen Vereinigung der nationalen Public-Health-Institute.

Dieser Strategie folgend, gilt es die bestehenden Aktivitäten der internationalen Zusammenarbeit in Abteilung 2 zukunftsgerichtet zu stärken und weiter auszubauen, um gestützt auf die methodische und inhaltliche Expertise sowie Erfahrung einen Beitrag zur Bewältigung globaler gesundheitspolitischer Herausforderungen im Bereich der nicht-übertragbaren Erkrankungen zu leisten. Besonders im Bereich der Krankheitslastberechnung (Burden of Disease) werden bereits verschiedene Projekte, mit dem Ziel einer internationalen Vernetzung, vorangetrieben.

Zielbeschreibung

Es soll ein Health Information System (HIS) aufgebaut und nachhaltig etabliert werden, das die bisherigen Disseminationsformate unter einem Dach vereint, harmonisiert und neue Elemente hinzufügt. Ein HIS oder auch Gesundheitssystem ist ein zentrales (one-stop shop) und flexibles digitales Informationssystem, das für unterschiedliche Zielgruppen (z.B. Politik, Wissenschaft, Medien, Fachöffentlichkeit) adäquate, valide, Public-Health-relevante Informationen in geeigneten Formaten niederschwellig bereitstellt. Neben Vergleichen über die Zeit (Trends) sollen insbesondere regionale Vergleiche (Bundesländer und tiefere Raumlagerungen) über das HIS möglich sein.

Abbildung 6: Elemente eines Health Information Systems in Anlehnung an [WHO 2008](#)



Definitiv gehören zu einem HIS auch die Komponenten Datenerhebung und Analyse (siehe Abbildung 6). Insofern ist das Modell des HIS für die Tätigkeit der Abteilung 2 besonders geeignet und handlungsleitend, denn alle drei Bereiche - Erhebung, Analyse, Reporting

- bedient Abteilung 2 aus einer Hand. Das Verständnis dafür, dass diese Bereiche eng verzahnt agieren müssen, um die Adressatinnen und Adressaten kontinuierlich und aktuell mit qualitativ hochwertigen Informationen zu versorgen, ist Voraussetzung für die Ergebnisdissemination als eine Säule des HIS. Über ein HIS werden handlungsrelevante Informationen und Erkenntnisse zeitnah an die relevanten Nutzergruppen und Public-Health-Akteure kommuniziert, was eine Voraussetzung für die Entwicklung geeigneter Maßnahmen zum Erreichen übergeordneter Public-Health-Ziele darstellt. Zur Steuerung des HIS bedarf es einer Governance-Struktur, welche die Strategie der adressatengerechten Dissemination der Informationen festlegt und kontinuierlich weiterentwickelt. Dazu gehören auch die Themenplanung und die Planung der wissenschaftlichen Publikationen der Abteilung. Die Disseminationsstrategie umfasst die drei Kernbereiche Inhalt, Zielgruppen bzw. Adressatinnen und Adressaten und Formate (einschließlich deren Evaluation).

Das HIS soll kontinuierlich weiterentwickelt werden. Dabei wird die Skalierbarkeit und Anschlussfähigkeit an ein übergreifendes RKI-Public-Health-Informationsangebot berücksichtigt, das sich derzeit noch in einer frühen Konzeptionsphase befindet. Ebenso werden Schnittstellen zu bereits bestehenden Informationsangeboten wie z.B. des Statistischen Bundesamtes (Informationssystem der GBE des Bundes, www.gbe-bund.de), der BZgA, des IQWiG (www.gesundheitsinformation.de) und des BMG (Nationales Gesundheitsportal, www.gesund.bund.de) geschaffen. Die Schnittstellen werden dabei so operationalisiert, dass Redundanzen weitgehend vermieden werden und das Informationsangebot für die Zielgruppen optimiert wird.

Die Zusammenarbeit zwischen der GBE des Bundes und der GBE der Länder und Kommunen sowie dem ÖGD spielt im Rahmen der HIS-Konzeptentwicklung eine wichtige Rolle und soll ausgebaut werden. So werden bei den Daten- und Informationsangeboten Auswertungsoptionen für die Länder und, soweit von der Datenlage her möglich, auch gegliederte regionale Stratifizierungen implementiert. Zudem soll auch die Vernetzung mit den internationalen Akteuren wie WHO und OECD vernetzt werden. Durch die Mitarbeit des RKI an einem nachhaltigen EU-HIS wird sich die im Bereich der Infektionskrankheiten gut etablierte Kooperation mit europäischen Organisationen ebenfalls für die nicht-übertragbaren Krankheiten verstärken.

Den *inhaltlichen Rahmen* des HIS bilden das Indikatorensystem der Public Health Surveillance am RKI (siehe Abschnitt 2 [Public Health Surveillance](#)) und im internationalen Kontext beispielsweise die European Core Health Indicators (ECHI), auf deren Basis Daten aufbereitet und analysiert werden. ECHI ist ein in enger europäischer Zusammenarbeit entwickeltes, kohärentes und vielfach konsentiertes Indikatorensystem. Über das Indikatorensystem der Public Health Surveillance werden die inhaltlichen Schwerpunkte der Abteilung abgebildet. Ergänzt werden diese durch die nationale Krankheitslastberechnung der GBE, die abteilungsübergreifend Informationen zu übertragbaren und nicht-übertragbaren Erkrankungen in die Public Health Surveillance einspeist. Inhaltliche Aufgaben des HIS bestehen u. a. in der redaktionellen Auswahl von Themen im Abgleich mit den Anforderungen der Zielgruppen, der Sicherung von Kontinuität und Vergleichbarkeit der Indikatoren sowie der Überprüfung der Indikatoren in Absprache mit Fachexpertinnen und -experten. Um alle Public-Health-relevanten Themen im HIS abbilden zu können, werden neben den in Abteilung 2 erhobenen Daten - vor allem aus der bereits beschriebenen Public Health Surveillance - auch weitere

Datenquellen (z.B. GKV-Daten, amtliche Statistik, Ergebnisse publizierter Studien) ggf. durch die Entwicklung von Auswertungsroutinen erschlossen und genutzt.

Das geplante HIS richtet sich an ein *breites Spektrum von Zielgruppen*. Zu diesen gehören (Gesundheits-)Politik, Wissenschaft (epidemiologische und Public-Health-Forschung und -Lehre), Akteure im Gesundheitswesen (z.B. Krankenkassen, Wohlfahrtsverbände, Gesundheitsberufe, Selbsthilfeorganisationen), Vertreterinnen und Vertreter der Zivilgesellschaft (z.B. NGOs, Medien). Das HIS kann dabei von allen Gruppen der Bevölkerung für Informationszwecke genutzt werden.

Entsprechend werden im HIS adressatenorientiert unterschiedliche Informationsangebote unterbreitet - von Datentabellen über Visualisierungen und die Formulierung zentraler Aussagen bis zu längeren Texten - und damit die bisherigen Angebote deutlich erweitert und verbessert. Die Demokratisierung von Health Reporting, d.h. die Einbindung der Nutzerinnen und Nutzer sowie von jenen sozialen Gruppen, über die berichtet wird, in die Konzeption und Weiterentwicklung des HIS, erhöht die Nutzerfreundlichkeit im Hinblick auf Darstellungsweise und Inhalte. Gemeinsame zu implementierende Arbeitsformen wie Workshops oder Konsultationen mit Politik, Praxis und Betroffenen selbst können auch für die gemeinsame Entwicklung von Empfehlungen genutzt werden.

Das Informationsangebot des HIS besteht im Kern aus einem *interaktiven, thematisch aufgebauten Online-Informationsangebot* als zentrale Anlaufstelle, in die verschiedene Formate integriert werden können. Dadurch ist ein niedrigschwelliger Zugang zu den Informationen gewährleistet und die schnelle Erfassung relevanter Informationen wird ermöglicht. Gleichzeitig ist vorgesehen, auf vertiefende Informationen zuzugreifen und je nach Inhalt und Zielgruppe unterschiedliche Formate auszuwählen. Zwei Formate spielen dabei eine herausgehobene Rolle: ein übergreifendes Dashboard zur Datenvisualisierung und das JoHM für vertiefende Analysen.

Die transparente und schnelle Darstellung der Ergebnisse der Abteilung 2 wird durch die Visualisierung in einer umfassenden digitalen Webplattform in Form eines *Dashboards* unterstützt. Das Dashboard fokussiert auf die Darstellung einer Anzahl von Indikatoren aus den thematischen Schwerpunkten der Abteilung 2 und wird von einordnenden Texten begleitet. Zukünftig soll dieses Dashboard in ein zu entwickelndes RKI-weites Dashboard („RKI Datenportal“) integriert werden. Nutzerinnen und Nutzer sollen die Möglichkeit erhalten Inhalte herunterzuladen. Durch eine übersichtliche, schnell erschließbare Umgebung und einen einfachen Zugriff auf Ergebnisse soll die Nutzerfreundlichkeit gesteigert werden. Hierbei soll auch geprüft werden, inwieweit Elemente eines automatisierten Reportings genutzt werden können.

Weiterhin sollen spezifische Themen mittels „Visual Storytelling“ im Detail dargelegt werden. Anhand einer Ausgangsfrage können in kurzen Texten unter Zuhilfenahme von interaktiven Visualisierungen komplexe Sachverhalte erklärt werden. Hierbei sollen die Nutzenden auch die Möglichkeit erhalten, selbstständig online Basis-Analysen zu eigenen Fragestellungen durchzuführen. Nicht zuletzt sollen ausgewählte Informationen auch in Leichter Sprache zugänglich sein, ggf. auch über Verknüpfungen mit anderen Anbietern.

Das JoHM ist die von der GBE am RKI herausgegebene Fachzeitschrift, die online und open access zur Verfügung gestellt wird. Es enthält vertiefende Analysen zur Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland und ihren Einflussfaktoren, die eine umfassende Einordnung von Forschungsergebnissen umfasst. Alle Beiträge durchlaufen ein externes Peer Review und erscheinen zeitgleich auf Deutsch und Englisch. Das Layout des Journals wurde für die Lesbarkeit auf mobilen Endgeräten optimiert, und alle Artikel werden barrierearm angeboten. Das JoHM existiert seit 2016 und ist seit 2021 in PubMedCentral gelistet, so dass es in Zukunft noch stärker in der Wissenschaft sichtbar sein wird. Das JoHM verfügt über ein Editorial Board, das als beratendes Gremium u.a. eine „Themenscouting“-Funktion wahrnimmt und neue Impulse aus den Arbeits- und Forschungsfeldern der Mitglieder einbringt. Eine strategische Weiterentwicklung des JoHM beinhaltet neben der Integration in das HIS auch eine Profilschärfung. Dabei sollen die Begleitgremien sowie die Nutzerinnen und Nutzer des Journals einbezogen werden. Weiterhin ist die Anpassung der Rubriken an die Erfordernisse der Public Health Surveillance der Abteilung geplant, z.B. ein Ausbau des Bereichs „Concepts & Methods“ für Studienprotokolle, Datensatzbeschreibungen und Bioprobenbeschreibungen sowie eine Erhöhung der Reichweite und Verstärkung der internationalen Sichtbarkeit z.B. durch Listung in PubMed mit entsprechenden Impact-Parametern. Um diese Erweiterungen realisieren zu können, soll das JoHM zukünftig mittels eines Zeitschriftenmanagementsystems (Editorial Management System) unterstützt werden.

Über das Dashboard und das JoHM hinaus sollen weitere Formate für das HIS entwickelt werden, die sich vorrangig an bestimmte Zielgruppen richten. Um die Sichtbarkeit bei politisch Entscheidenden zu erhöhen, sind beispielsweise sogenannte Policy Briefs denkbar, die als kurzes Informationsangebot für die Politik wichtige Eckdaten mit konkreten Empfehlungen verknüpfen. Diese können auch um Szenarien erweitert werden, welche sich auf verschiedenen Entwicklungen von Einflussfaktoren in der Bevölkerung gründen und die Notwendigkeit von politischen Entscheidungen verdeutlichen. Zur Evidenzsynthese sollen verschiedene Formen von Übersichtsarbeiten (Reviews) erstellt (z.B. Scoping Reviews, Rapid Reviews oder Realist Reviews) und regelmäßig aktualisiert werden (Living Reviews). Bei der Erstellung dieser neuen Produkte ist eine enge Zusammenarbeit mit extern Einrichtungen und Expertinnen und Experten geplant.

Eine begleitende Kommunikation aktueller Inhalte des HIS über soziale Medien und Pressearbeit soll der Erhöhung der Reichweite des HIS und der Sensibilisierung der Öffentlichkeit für wichtige Gesundheitsthemen dienen. Eine wichtige Zielgruppe stellen hier Datenjournalistinnen und -journalisten dar, die sich beispielsweise bei Twitter über aktuell bereitgestellte Daten informieren. Weiter sollen Tweets und Threads zur anlassbezogenen Verbreitung von Nachrichten, wie zum Beispiel zum Weltdiabetestag genutzt werden. Zudem können Erklärungsfilme auf YouTube eingestellt werden, welche spezifische Themen näher erläutern und zusammenfassen. Die Nutzung eines eigenen Twitterkanals wird erwogen.

Bei der Auswahl, Weiterentwicklung und Vorbereitung dieser Formate werden Erkenntnisse aus anderen internationalen Best-Practice-Beispielen und Systemen miteinbezogen (siehe Abbildung 7).

Abbildung 7: Best-Practice-Beispiele für Digitalformate

Datenbank

Visualisierung

Storytelling

Tabellarische Bereitstellung der Datenbasis

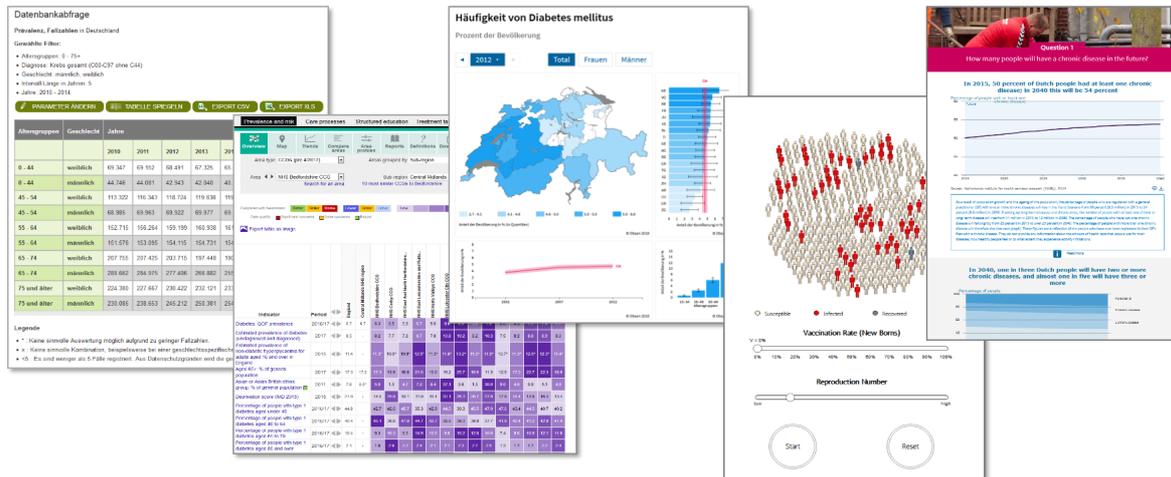
Graphische Aufbereitung ausgewählter Daten

Inhaltliche & visuelle Aufbereitung mit Einbettung in den Kontext

Datenflexibilität

Dateninterpretation

Vorwissen (Nutzer*innen)



In diesem Kontext ist beispielweise das „Storytelling“ der Public Health Foresight Study aus den Niederlanden zu nennen. Mittels Fragen in Kombination aus Text und interaktiven Grafiken wird der Inhalt gut strukturiert für eine breite Leserschaft zur Verfügung gestellt (<https://www.vtv2018.nl/en/life-expectancy>). Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium offeriert ein Tool zur Datenvisualisierung von Indikatoren zu bestimmten Gesundheitsthemen mit relativ kurzer Beschreibung des Hintergrundes und der Methodik (<https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/diabetes-mellitus>). Im Bereich von Datenbanken bildet die Fingertips Plattform von Public Health England ein schönes Beispiel für eine umfassende Datenbank inklusive visualisierter Datenabfrage (<https://fingertips.phe.org.uk/profile/diabetes-ft/data>). Weitere beispielegebende interaktive Angebote werden vom RIVM in den Niederlanden bereitgestellt (<https://www.rivm.nl/games.eengezondernederland>). Im Bereich Social Media bietet das CDC vielfältige Aktivitäten, welche von Twitter und Facebook hinzu Podcasts und weiteren Tools reichen.

Eine *regelmäßige formative Evaluation der Ergebnisdissertation* ist ein wichtiger Bestandteil der digitalen GBE, um die kontinuierliche Weiterentwicklung sicherzustellen. Ziel ist es, zum einen die Nutzung und Wirkung des HIS zu überprüfen und zum anderen die sich wandelnden Anforderungen der Adressatinnen und Adressaten sowie neue Erkenntnisse aus der Wissenschaft zur Informationsaufbereitung in der Weiterentwicklung zu berücksichtigen. Aufbauend auf wissenschaftlichen Vorarbeiten können quantitativ wie qualitativ erfassbare Indikatoren für die kurzfristige und langfristige Bewertung der Reichweite und Wirkung definiert werden. Beispielsweise soll die Dissemination in wissenschaftlichen Netzwerken in Form von Zitationen sowie der Verbreitung über Social Media-Kanäle (z.B. Altmetric scores) gemessen werden. Darüber hinaus soll die Umsetzung in die Praxis die Berücksichtigung der

Publikationen in systematischen Reviews und Leitlinien und auch in politischen Entscheidungen analysiert werden. Nicht zuletzt soll hierbei auch ein kontinuierlicher Dialog mit wichtigen Stakeholdern und Adressatengruppen geführt werden.

Ressourcenbedarfsschätzung

Personal- und Sachmittel

RKI Health Information System (HIS)	2023	2024	2025	Dauerhaft p.a.
Personalstellen	24	26	28	28
<i>Personalstellen beantragt über "RKI 2025"</i>				14,5
Sachmittel	300.000	300.000	300.000	300.000

Maßnahmen und Zeitplanung

#	Maßnahmenbeschreibung	Ergebnis	Umsetzung bis Ende:
I4.1	Entwicklung eines Anforderungsprofils (Lastenheft) sowie einer Aufbau- und Ablaufstruktur (Betriebskonzept) für das HIS in einer fachgebietsübergreifenden Arbeitsgruppe (siehe Anhang 1).	Lastenheft und Betriebskonzept für das HIS liegen vor	Q3/2022
I4.2	Ausschreibung von durch externe Dienstleister zu erbringenden Teilleistungen	Externe Partner vertraglich festgelegt	Q4/2022
I4.3	Umsetzung und Probetrieb des HIS, Übergang in den Regelbetrieb	Regelbetrieb HIS	Q2/2023
I4.4	Laufende Evaluation und Weiterentwicklung des Betriebskonzepts des HIS in einer fachgebietsübergreifenden Arbeitsgruppe (siehe Anhang 1)	Jährlich aktualisiertes Betriebskonzept	Erstmalige Revision Q4/2023, dann jährlich in Q4

3.4. Distribution: RKI Biobank

Ausgangssituation

Von den Teilnehmenden der bevölkerungsbezogenen Untersuchungsstudien des RKI-Gesundheitsmonitorings (BGS98, KiGGS-Basiserhebung, DEGS, KiGGS Welle 2) wurden Blut- und Urinproben erbeten und im Epidemiologischen Zentrallabor analysiert. Ziel war die Bestimmung wichtiger laborgestützter Indikatoren zum Gesundheitsverhalten oder zum Gesundheitsstatus. Als objektive messbare, aber zumeist eher kurzzeitig gültige Indikatoren können Laborwerte einerseits Befragungsdaten verifizieren (z.B. zum Rauchverhalten oder Alkoholkonsum). Andererseits können sie Informationen liefern über gesundheitsbezogene Merkmale, die den Betroffenen nicht bewusst sind und daher über Befragungen nicht gewonnen werden können (z.B. Blutzuckerspiegel, Blutfette, Antikörperstatus).

Die Studienteilnehmenden wurden nicht nur um ihre Einwilligung in das jeweils studienbezogen definierte Labormessprogramm gebeten, sondern auch um eine optionale Teileinwilligung, dass Teile ihrer Bioproben langfristig eingelagert und für spätere, noch nicht genau definierte Forschungsfragen genutzt werden dürfen. Da die überwiegende Mehrheit der Teilnehmenden dieser Langzeitlagerung zugestimmt hat, ist über die Jahre eine umfangreiche Biobank an Blutserum- und Urinproben entstanden, die bei -80°C im Epidemiologischen Zentrallabor eingelagert sind. Auch in der aus aktuellem Anlass initiierten Studie [CORONA-MONITORING lokal](#) wurden Serum-Langzeitlagerproben gewonnen.

Diese Proben sind durch ihren Bevölkerungsbezug und die Verknüpfbarkeit mit den sehr umfangreichen studienbezogen erhobenen Befragungs- und Untersuchungsdaten ausgesprochen wertvoll. Um diese einmalige und unwiederbringliche Ressource vor leichtfertigem Verbrauch zu schützen, hat das RKI ein striktes Reglement für die Beantragung und Bewilligung einer Nutzung dieser Langzeitproben durch interne und externe Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler erarbeitet ([Dokument „Verfahren Survey-Rückstellproben.pdf“](#)) und die Existenz der Bioproben in Fachkreisen nicht aktiv beworben.

Infolge dieser zurückhaltenden Öffentlichkeitsarbeit erfolgten Nutzungsanfragen bislang eher sporadisch, so dass die Biobank über die Jahre immer mehr angewachsen ist. Der eigentliche gesellschaftliche Nutzen der Bioproben jedoch, nämlich ein Erkenntnisgewinn durch neue oder weitergehende Laboranalysen mit nachfolgender wissenschaftlicher Auswertung der Messergebnisse unter Verwendung der vorhandene Erhebungsdaten, konnte bislang nur in relativ geringem Umfang erreicht werden. Es sollen daher Strukturen und Verfahren etabliert werden, um nicht nur die Gewinnung und Lagerung, sondern auch die regelmäßige wissenschaftliche Nutzung der Bioproben sicherzustellen.

Zielbeschreibung

Es soll eine professionalisierte Biobank (RKI Biobank) mit historischen und zukünftigen Bioproben aus dem bevölkerungsbezogenen RKI-Gesundheitsmonitoring aufgebaut und betrieben werden. Die Biobank soll nicht nur Proben sammeln und kontrolliert lagern, sondern als Forschungsinfrastruktur dem wissenschaftlichen Erkenntnisprozess durch interne und

externe Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler gezielt nutzbar machen. Zur Erreichung dieser Ziele sind folgende Schritte notwendig:

- Dokumentation aller eingelagerten Proben mit Lagerungsort und -bedingungen (fortlaufendes Temperaturmonitoring, ggf. Um-/Auslagerungen und Auftau-/Einfrierzyklen) in einem professionellen Probenmanagementsystem
- Verschlankung des Reglements zur Beantragung und Bewilligung einer Probennutzung durch interne und externe Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler
- Bekanntmachung und Beschreibung der vorhandenen Proben (Material, Menge, Stichprobe, Zeitraum der Gewinnung, bereits gemessene Laborwerte, verknüpfte Erhebungsdaten) in einschlägigen wissenschaftlichen Biobank-Portalen und Veröffentlichungen
- Jährliche Ausschreibungen mit Freigabe eines Teils der Proben unter inhaltlichen Vorgaben zur Nutzung oder als freier Ideenwettbewerb

Unter der Maßgabe, dass auch in zukünftigen Studien des RKI-Gesundheitsmonitorings Blutproben in ausreichender Menge venös gewonnen und zu Serum oder Plasma aufgearbeitet werden können, wird mittelfristig ein Fließgleichgewicht zwischen eingehenden und ausgehenden Bioproben angestrebt. Da die Proben auch bei -80 °C mit der Zeit altern, könnte unter Annahme einer beispielsweise zehnjährigen Nutzungszeit jedes Jahr 10 % der Proben einer Studie zur wissenschaftlichen Nutzung ausgelobt werden. Über diese Maßnahme könnte die Biobank mit einer konstanten Lagerkapazität betrieben werden, ohne dass die Gesamtprobenmenge ständig anwächst.

Die Urin- und Serumproben der RKI Biobank stellen nicht nur für wissenschaftliche Fragestellungen mit zwingendem Bevölkerungsbezug eine wertvolle Ressource dar (z.B. zur Schätzung der Seroprävalenz von Antikörpern gegen ein scheinbar neuartiges Virus in Bevölkerungsgruppen der Vergangenheit). Denn aus dem umfangreichen Probenmaterial können zudem maßgeschneiderte Kontrollgruppen für Patientenstudien über definierte Gesundheitsstörungen ausgewählt werden (z.B. alters- und geschlechts-„gematchte“ Kontrollgruppen für Studienpatientinnen mit Brustkrebs oder Demenz). Daher verspricht die verstärkte Öffnung und aktive Bewerbung der Probennutzung einen außerordentlich hohen wissenschaftlichen Ertrag in ganz unterschiedlichen inhaltlichen und institutionellen Kontexten.

Um einen wissenschaftlichen Nutzen auch für das RKI sicherzustellen, soll die externe Probennutzung an ein Kooperationsgebot mit dem RKI geknüpft werden. Dadurch sollen auch die Expertise des RKI und das Wissen über die Bedingungen der Probengewinnung und Lagerungshistorie in die Ergebnisinterpretation mit einfließen, damit z.B. Fehlschlüsse aufgrund von Störfaktoren, die den Auswertenden nicht bekannt sind, vermieden werden.

Die Mittel für die Laboranalytik wären vom Nutzer aufzubringen. Die Analysen selbst könnten im Falle freier Valenzen und etablierter Methoden vorzugsweise im Epidemiologischen Zentrallabor des RKI, andernfalls in externen Laboren (forschende Universitätsinstitute, kommerzielle Labore) durchgeführt werden.

Ressourcenbedarfsschätzung

Personal- und Sachmittel

RKI Biobank	2023	2024	2025	Dauerhaft p.a.
Personalstellen	5	5	5	5
Sachmittel	275.000	275.000	275.000	275.000

Maßnahmen und Zeitplanung

#	Maßnahmenbeschreibung	Ergebnis	Umsetzung bis Ende:
15.1	Erarbeitung und Abstimmung verschlankter Beantragungs- und Entscheidungsregeln zur Probenutzung, Pilotpromotion von Serumproben aus dem Corona-Monitoring	Neue Beantragungs- und Entscheidungsregeln zur Probenutzung, JoHM-Veröffentlichung zur Probennutzung	Q1/2022
15.2	Entscheidung und Vereinbarung zur Probennutzung, Aliquotierung und Versand der Proben, Prozess-Evaluation, ggf. Nachjustierung der Beantragungs- und Entscheidungsregeln zur Probennutzung	Probennutzungsvereinbarung abgeschlossen, Proben versandt, ggf. überarbeitetes Regulatorium	Q2/2022
15.3	Promotion weiterer Serumproben aus dem RKI-Gesundheitsmonitoring, Entscheidung und Vereinbarung zur Probennutzung, Aliquotierung und Versand der Proben, gemeinsame Ergebnisauswertung, ggf. erste Veröffentlichung, Prozess-Evaluation	Erneute JoHM-Veröffentlichung zur Probennutzung, Einträge in einschlägigen Probenportalen, erste Ergebnispublikation	Q3 - Q4/2022
15.4	Verstetigung und laufende Evaluation des Prozesses zur Gewinnung und Nutzung von Bioproben		ab Q1/2023

Synergiepotenziale und Schnittstellen zu anderen RKI-Abteilungen und -Organisationseinheiten

Alle beschriebenen Vorhaben sollen innerhalb der Abteilung im Rahmen von fachgebietsübergreifenden Arbeitsgruppen weiterentwickelt werden (siehe [Anhang 1](#) zu den Beiträgen der Fachgebiete). Hierbei sollen Synergiepotenziale innerhalb der Abteilung, zu anderen RKI-Abteilungen und -Organisationseinheiten sowie zur wissenschaftlichen Fachöffentlichkeit systematisch identifiziert und weiterentwickelt werden. Im Rahmen dieses Strategiekonzepts werden lediglich drei denkbare Schnittstellen und Synergiepotenziale aufgeführt:

- Die in der Abteilung zu entwickelnde Public Health Surveillance ist um Infektionskrankheiten erweiterbar und kann zu einer fruchtbaren Kooperation mit Abteilung 3 führen.
- Ein Datenerhebungsprotokoll soll im JoHM Studienregister veröffentlicht werden und führt - falls alle fachlichen, operativen und finanziellen Voraussetzungen erfüllt sind - zu einer Datenerhebung im RKI Panel. Innerhalb der Abteilung aufbereitete Datensätze werden an das Forschungsdatenzentrum (MF 4) des RKI übergeben und von dort aus intern wie extern distribuiert.
- Aus dem RKI Panel heraus soll es eine Anbindung an das Zentrum für Künstliche Intelligenz in der Public-Health-Forschung (ZKI-PH) geben, so dass gemeinsame Fragestellungen bearbeitbar sind. Besonders interessant für diese Kooperation dürften die multiplen Datenquellen des RKI Panel sein, also die Kombination aus Befragungs-, Untersuchungs-, Labor- und Trackingdaten.

4. Forschungs- und Drittmittelstrategie

Ausgangssituation

Das bisherige Forschungsprogramm der Abteilung 2 ist zugleich als Anwendungs- und in geringerem Umfang als Grundlagenforschung angelegt. Es nimmt relevante Fragestellungen aus dem wissenschaftlichen Public-Health-Diskurs, der Public-Health-Praxis sowie der Gesundheitspolitik auf, die der Bearbeitung aktueller und antizipierter Amtsaufgaben dienen. Aktuelle öffentliche Erkenntnisbedarfe, wie z.B. Forschungsfragen zur COVID-19-Pandemie, nehmen eine große Rolle ein und binden erhebliche Teile der Forschungskapazitäten der Abteilung.

Allen in der Abteilung verfolgten Forschungsthemen ist gemein, dass sie jeweils essentiell für die Planung von Präventionsmaßnahmen und Versorgungsstrukturen und somit von höchster Public-Health-Relevanz sind. Darüber hinaus adressiert die Abteilung 2 mehrere in der [Forschungsagenda 2018-2025 des RKI](#) spezifizierte Forschungsprioritäten. Im Einzelnen werden aktuell folgende Forschungsthemen verfolgt:

- Körperliche Gesundheit (FG 25)
- Psychische Gesundheit (FG 26)
- Gesundheitsverhalten (FG 27)
- Soziale Determinanten der Gesundheit (FG 28)
- Befragungs- und Untersuchungsmethodik (FG 21, 23)
- Optimierung laboranalytischer Methoden (FG 22)
- Begleitforschung zur zielgruppenadäquaten Gesundheitsberichterstattung (FG 24)
- Forschung mit Krebsregisterdaten (ZfKD)

Nachfolgend werden diese Forschungsthemen skizziert.

Analysen zur *körperlichen Gesundheit* im Lebensverlauf adressiert das Fachgebiet 25. Die Forschungsagenda des Fachgebiets fokussiert auf ausgewählte nicht-übertragbare chronische Krankheiten (NCD) von hoher Public-Health-Relevanz (z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes mellitus) und lebensphasenspezifische Aspekte gesundheitlicher Ressourcen und Risiken (z.B. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, jungen Erwachsenen sowie älteren und hochaltrigen Menschen). Forschungslinien umfassen:

- Die Weiterentwicklung von Konzepten und Indikatoren für eine systematische und fortlaufende Erhebung, Analyse und Bewertung epidemiologischer Kerninformationen zu wichtigen körperlichen NCD (Krankheitshäufigkeiten, ursachenspezifische Mortalität und vorzeitige Sterblichkeit, Verbreitung von Krankheitsvorstufen und beeinflussbaren biologischen Risikofaktoren) als fester Bestandteil des bundesweiten RKI-Gesundheitsmonitorings.
- Die Weiterentwicklung von Konzepten und Indikatoren für eine geschlechter- und lebensphasensensible Erfassung und Analyse von zentralen Aspekten der körperlichen Gesundheit (subjektive Gesundheit, gesundheitsbezogene Lebensqualität, körperliche und kognitive Funktionsfähigkeiten, Teilhabe, Risikofaktoren) unter Einschluss bislang unzureichend in das RKI-Gesundheitsmonitoring integrierter älterer Menschen in der häuslichen oder stationären Langzeitpflege.

- Die Analyse von Ko- und Multimorbidität, einschließlich der Zusammenhänge zwischen körperlicher und psychischer Gesundheit und zwischen nicht-übertragbaren und übertragbaren Erkrankungen (z.B. Post-COVID-19-Zustand).
- Die Analyse von Aspekten der Versorgungsqualität (z.B. leitliniengemäße Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten und Arzneimitteleinnahme, subjektiv eingeschätzte Versorgungsqualität).

Das Monitoring der *psychischen Gesundheit und Lebensqualität* über die Lebensspanne sowie die Analyse von deren Risiko- und Schutzfaktoren auf individueller und psychosozialer Ebene ist im Fachgebiet 26 angesiedelt. Schwerpunktaufgaben lassen sich unter den nachfolgenden Schwerpunktbereichen subsumieren:

- Erfassung und Beschreibung des psychischen Gesundheitszustandes mittels Primärdatenerhebungen
- Untersuchung von Zusammenhängen mit Bezug zu Schutz- und Risikofaktoren
- Triangulation mit Routinedaten zur Beschreibung und Erklärung von Diskrepanzen
- Entwicklung und Weiterentwicklung von Methoden zur Datenerhebung und Analyse

Neben der Epidemiologie psychischer Auffälligkeiten und Störungen mit hoher Public-Health-Relevanz werden bedarfsorientiert Schwerpunktthemen und aktuelle Themen der psychischen Gesundheit aufgegriffen, z.B. ADHS, chronischer Stress, gesundes kognitives Altern oder Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit und Lebensqualität. Verfolgt werden dabei folgende Forschungslinien:

- Weiterentwicklung von Kernindikatoren für die Surveillance psychischer Gesundheit über die gesamte Altersspanne, Verstetigung einer systematischen und kontinuierlichen Mental Health Surveillance für Deutschland mit regelmäßiger Primärdatenerhebung, epidemiologischen Analysen, Berichterstattung/ Dissemination von Prävalenzen und Trends in unterschiedlichen Zeitintervallen (von zeitlich engmaschiger Ad-hoc-Surveillance zu Trends über mehrere Jahre), verschiedenen Disseminationsformaten (z.B. zeitnahes adressatengerechtes Berichten (z.B. Dashboard) und Integration in eine zukünftige RKI Public Health Surveillance.
- Weiterentwicklung, Validierung und Implementierung von Effizienz steigernden psycho-diagnostischen und psychometrischen Instrumenten, die kompatibel zu verschiedenen Erhebungsformaten sind, ebenso wie Erhebungs- und Auswertungskonzepte und Methoden der Künstlichen Intelligenz (KI) mit potenziellem Mehrwert für die Beantwortung relevanter inhaltlicher Fragestellungen für das Monitoring psychischer Gesundheit (z.B. telefonisches psychodiagnostisches Interview, behaviorale Indikatoren über passive smartphone sensing, adaptives Testen).
- Methodenstudien zur Schätzung und Aufklärung von Konkordanz und Diskrepanz zwischen Primär- und Sekundärdaten über die Verknüpfung relevanter Sekundärdatenquellen (Daten-Linkage) mit Primärdaten des RKI-Gesundheitsmonitorings/RKI Panels, sowie Etablierung von Auswertungsroutinen (z.B. GKV, DRV, Bundesarztregister, Notaufnahmeregister etc.).
- Vertiefte epidemiologische Analysen bevölkerungsbezogener, repräsentativer Daten zu individuellen und psychosozialen Schutz- und Risikofaktoren psychischer Gesundheit mit dem Ziel, Präventionspotenziale insbesondere mit Blick auf Transitionsphasen mit spezifischen Entwicklungsaufgaben zu identifizieren.

- Translationale, integrative Versorgungsforschung durch Verknüpfung von klinischen, epidemiologischen und administrativen Sichten auf spezifische psychische Störungen in Verbindung mit Grundlagenforschung zur Validität relevanter Indikatoren der psychischen Gesundheit.
- Umsetzung von flexiblen vertiefenden Modulstudien zu gesellschaftlich aktuell relevanten Themen zur psychischen Gesundheit.
- Analysen zu ausgewählten Indikatoren psychischer Gesundheit in Europa, auf der Basis der regelmäßigen, gesetzlich verankerten EHIS Erhebungen.

Die Surveillance von *gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen* und die Zusammenhänge von individuellen, sozialen und umweltbezogenen Faktoren auf das Gesundheitsverhalten stehen im Fokus des Fachgebiets 27. Die Forschung dient als Grundlage für die Public Health Surveillance, die Prävention und Gesundheitsförderung, evidenz-basierte Handlungsempfehlungen und die Bewertung der Wirksamkeit von gesundheitspolitischen Maßnahmen zum Gesundheitsverhalten. Für diese Aufgaben werden unter anderem folgende Forschungslinien bearbeitet:

- Beschreibung und Analyse des Gesundheitsverhaltens der Bevölkerung (z.B. Ernährung, körperliche Aktivität, Tabak- und Alkoholkonsum) auf der Grundlage der kontinuierlicher Beobachtung von relevanten Indikatoren und seinen individuellen (z.B. Motivation, Gesundheitskompetenz) und verhältnisbezogenen Determinanten (z.B. soziale Normen, bauliche Umwelt, Klimawandel, Maßnahmen zur Förderung des Gesundheitsverhaltens).
- Entwicklung von innovativen Instrumenten, Methoden und Indikatoren zur Erfassung von Gesundheitsverhalten (insbesondere digitaler Methoden z.B. Bewegungstracker) inklusive Studien zur Validität, Machbarkeit und Effektivität.
- Analysen zu Kombinationen von Aspekten des lebensstilrelevanten Gesundheitsverhaltens (wie Rauchen, körperliche Aktivität, Alkoholkonsum, Ernährungsverhalten und Übergewicht), hiermit zusammenhängende Determinanten und krankheitsbezogene Risikofaktoren.
- Forschung und Erfassung von Faktoren der Verhaltensänderung wie Motivation, Verhältnisse, Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung.
- Forschungsaktivitäten beziehen sich beispielsweise auf die Einsatzmöglichkeiten digitaler Messverfahren, die Exploration von Einflussfaktoren auf Gesundheitsverhalten im Lebensverlauf, die Schnittmengen von klimarelevantem und gesundheitsförderlichem Verhalten, sowie die Rolle der Lebenswelten (Settings) in der Beeinflussung von Gesundheitsverhalten.

Die Analyse *sozialer Determinanten der Gesundheit* und die daraus resultierende gesundheitliche Ungleichheit unter Berücksichtigung gesellschaftlicher Entwicklungen (bspw. Migration, demografische Alterung, Wandel der Arbeitswelt, Pandemiegeschehen) adressiert das Fachgebiet 28. Die Forschungsagenda des Fachgebiets fokussiert auf Aspekte gesundheitlicher Chancengerechtigkeit und teilt sich in vier zentrale Forschungslinien auf, und zwar:

- Bestandsaufnahme, fortlaufende Aktualisierung und Weiterentwicklung von Indikatoren und Konzepten der Soziodemographie und Sozialstrukturanalyse auf individueller und regionaler Ebene, um diese langfristig in das RKI-Gesundheitsmonitoring zu integrieren.

- Vertiefende Analyse gesundheitlicher Ungleichheiten zur Identifikation von gesundheitlich besonders vulnerablen Bevölkerungsgruppen und Regionen.
- Konzeptionelle Weiterentwicklung von Zugangswegen und die Verbesserung der Erreichbarkeit sozial benachteiligter Gruppen im Rahmen des RKI-Gesundheitsmonitorings, um möglichst alle Gruppen der Bevölkerung in die Surveys zu integrieren.
- Grundlagenforschung zum Verständnis der komplexen Zusammenhänge zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit sowie ihrer zugrundeliegenden Mechanismen.
- Dissemination und Verwertung von Forschungsergebnissen durch gemeinsame/partizipative Forschung mit der Public-Health-Praxis und den Beforschten selbst.

Die Forschungsexpertise im Bereich der *Befragungs- und Untersuchungsmethodik* ist in den Fachgebieten 21 und 23 gebündelt. Durch die Verwendung neuer Technologien (Mobile-Apps, z.B. Corona-Warn-App), Wearables (wie Fitnessarmbänder oder Smartwatches für die Corona-Datenspende) und Meta-Informationen werden Möglichkeitsräume für den Einsatz digitaler Befragungstechnologien erschlossen. Dank der fachgebiets-, abteilungs- und organisationsübergreifende Zusammenarbeit in verschiedenen Projekten ist in den vergangenen Jahren ein dichtes Netzwerk interdisziplinärer Akteurinnen und Akteuren entstanden und wird zunehmend ausgebaut. Folgende methodische Forschungsfragen stehen dabei im Fokus:

- Grundlagenforschung im Bereich Survey-Design, inklusive Optimierung von (Online-) Erhebungsinstrumenten, Untersuchung von Mode- und Interviewer-Effekten und Maßnahmen zur Response-Steigerung (u.a. Incentivierungs-Strategien) unter Berücksichtigung von schwer erreichbaren Gruppen.
- Begleitforschung in der Strategieplanung, während der Konzeption, Durchführung und Nachbereitung von Forschungsvorhaben (u.a. Panel-Aufbau).
- Weiterentwicklung digitaler Evaluationsverfahren und Metriken zur Qualitätssicherung.
- Entwicklung und Evaluierung von neuen methodischen Ansätzen zur Gewinnung von Bioproben und Messwerten durch Kooperationspartnerinnen/-partner und Auftragnehmerinnen/-nehmer (Hausärztinnen und Hausärzte, Labore, Gesundheitsämter), Erprobung und Validierung von Methoden der Selbstbeprobung und Selbstmessung (z.B. Kapillarblutabnahmen und Blutdruckmessungen).

Forschungsfragestellungen zu *laboranalytischen Methoden* werden im Fachgebiet 22 verfolgt. Bei der Konzeption von neuen Studien zeigt sich regelmäßig ein großer Beratungsbedarf der inhaltlich arbeitenden Fachgebiete über die Aussagekraft von Laborparametern für epidemiologische Zwecke. Hieraus ergeben sich teilweise neue Forschungsfragen, die im Fachgebiet 22 behandelt werden. Folgende Forschungslinien werden verfolgt:

- Relative Validität bzw. Qualität von Einflussfaktoren auf Laborparameter für körperliche oder psychische Gesundheitsstörungen bzw. für Gesundheitsverhalten (z.B. Ernährung, Rauchen, Alkoholkonsum).
- Optimierung laboranalytischer Methoden (z.B. zur Messung von Jod im Urin im Rahmen des Jod-Monitorings).
- Rahmenbedingungen und Maßnahmen zur Gewinnung von Bioproben, unter Berücksichtigung des epistemischen Interesses der Primärforschenden und der sich daraus ergebenden Qualitätsansprüche an Labordaten.

- Methodenentwicklung zur Nutzbarmachung bevölkerungsbezogen gewonnener Labormesswerte für die Wissenschaft und Versorgung (z.B. bevölkerungs- und untergruppenspezifische Verteilungen und Referenzintervalle).
- Sach- und zielgruppengerechte Interpretation und Kommunikation von Laborparametern.

Aufgabe des FG 24 ist die *Gesundheitsberichterstattung*; diese „bietet eine interpretierende Beschreibung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung, analysiert Problemlagen und weist auf eventuelle Handlungsbedarfe hin“ ([Gute Praxis GBE, JoHM S1/2019](#)). Die Forschungstätigkeit des Fachgebiets fokussiert somit auf Konzeption und Impact der Vermittlung von Public-Health-Informationen und auf die Erschließung der dafür benötigten weiteren Datenquellen. Hierzu zählen neben amtlichen Statistiken auch Leistungs- und Abrechnungsdaten des Gesundheitswesens. In den Aufgabenbereich von FG 24 fallen damit auch krankheitsübergreifende Indikatoren- und Rechensysteme für vergleichende Public-Health-Analysen (derzeit vor allem Burden of Disease). Forschungslinien umfassen:

- Wissenschaftskommunikation: Evidenzbasierte Weiterentwicklung von Konzeption, Methoden und Darstellungsformen der GBE; dies beinhaltet z.B. die Erprobung neuer Kommunikations- und Berichtsformen (Policy Briefs, Infographics), Methoden der Themengenerierung (Text Mining), Zielgruppenorientierung (Partizipation, Citizen Science) und Evaluation (Impact-Analysen).
- Konzeption und Weiterentwicklung der nationalen Krankheitslaststudie Burden 2020; insbesondere deren Ausbau in Richtung einer Erweiterung des Erkrankungsspektrums, der Entwicklung von Prognosemodellen sowie von anschließenden Health Impact-Analysen.
- Ausbau der Nutzung von Sekundärdatenquellen und Routinedaten für die GBE und Public Health (Schnittstelle zu Burden of Disease), einschließlich Verknüpfung mit in der Abteilung erhobenen Daten sowie Analysen zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen.
- Diversität und Intersektionalität und ihre Abbildung in Public Health und der GBE.
- Ausbau bestehender internationaler Forschungsperspektiven mit dem Ziel des Aufbaus einer europäischen Infrastruktur zu Gesundheitsinformation im NCD-Bereich; Erweiterung internationaler Aktivitäten auf weitere Themenbereiche.

Das *Zentrum für Krebsregisterdaten* befasst sich mit der bundesweiten Auswertung der Daten der Landeskrebsregister, ab Ende 2022 werden neben epidemiologischen auch Daten aus der inzwischen in allen Ländern etablierten klinischen Krebsregistrierung übermittelt. Neben der allgemeinen Berichterstattung zu epidemiologischen Kennzahlen verschiedener Krebsarten umfasst die Forschungsstrategie vor allem Public-Health-relevante Aspekte wie Beschreibung der Auswirkungen bevölkerungsweiter Maßnahmen zur Primär- und Sekundärprävention von Krebserkrankungen. In Zukunft werden auch Fragestellungen zur Versorgung von an Krebs erkrankten Personen in den Fokus rücken, soweit sie einen Bevölkerungsbezug aufweisen. Beispiele wären:

- Analyse von Versorgungsunterschieden zwischen städtischen und ländlichen bzw. wirtschaftlich stärker und schwächer entwickelten Regionen.
- Untersuchung des Einflusses der COVID-19-Pandemie auf das Versorgungsgeschehen und Outcome (Überlebensrate, Mortalität).

- Neu- und Weiterentwicklung methodischer Ansätze im Bereich der Auswertung von Krebsregisterdaten; dies umfasst auch den Bereich der Qualitätssicherung der Daten bzw. den Umgang mit nicht perfekten Daten, sowie die Prognose der künftigen Krankheitslast an Krebs.
- Innovative Methoden für die datenschutzgerechte Bereitstellung von Daten an Dritte, Anonymisierungskonzepte, Konzepte des Verteilten Rechnens und für die Verknüpfung von Registerdaten mit anderen Datenkörpern.
- Erschließen der Krebsregisterdaten für neue Formen der wissenschaftlichen Nutzung wie registerbasierte Studien, KI-Anwendungen, und quasi-experimentelle Studiendesigns.

Aktuell verfügt die Abteilung 2 über keine einheitliche und festgeschriebene Forschungs- und Drittmittelstrategie. Drittmittel dienen der Einwerbung von Projekten zum Füllen von Datenlücken, zur Beantwortung methodischer Fragestellungen und zur Bindung personeller Ressourcen, die perspektivisch im Rahmen von Amtsaufgaben eingesetzt werden könnten. Wünschenswert wäre zudem, dauerhaft Forschungsressourcen verfügbar zu haben, die beispielsweise der Vorbereitung aussichtsreicher Drittmittelanträge (i. S. von „seed money“, einem Startkapital zur Pilotierung von Vorhaben), der Förderung von Doktorandinnen/Doktoranden und Habilitandinnen/Habilitanden, und der Erfüllung der gestiegenen administrativen Anforderungen hinsichtlich datenschutzrechtlicher und ethischer Prüfung von Anträgen dienen.

Zielbeschreibung

Das übergeordnete Ziel ist die Entwicklung und Umsetzung einer langfristigen und verbindlichen Strategie zur Akquise von Forschungs- und Drittmitteln. Zentrale Elemente dieser Strategie sollen sein (1) die inhaltliche Festlegung der zu bearbeitenden Forschungsthemen und -linien (nebst einer expliziten Abgrenzung gegenüber Themen, die nicht bearbeitet werden sollen) sowie (2) ein verbindliches, kriterienorientiertes Vorgehen zur abteilungsinternen Abstimmung und Priorisierung von Forschungsvorhaben.

Im Hinblick auf die inhaltliche Orientierung sollen neben fachgebietsspezifischen Forschungsthemen vor allem solche entwickelt und benannt werden, die Synergien innerhalb der Abteilung, zu anderen Abteilungen und Einheiten des RKI und zu extern vorhandener Expertise vorsehen.

Kriterien zur abteilungsinternen Abstimmung und Priorisierung von Forschungsvorhaben könnten beispielsweise sein:

- Passung zu den in der Forschungsagenda 2018 - 2025 des RKI spezifizierten Forschungsprioritäten.
- Ausmaß des Bezugs zu aktuellen und antizipierbaren Amtsaufgaben einschließlich Verstetigungspotenzial des Vorhabens.
- Bedeutung des jeweiligen Vorhabens zur Etablierung bzw. zum Ausbau einer führenden Rolle im Bereich der Erhebung und Auswertung von Gesundheitsdaten in der nationalen Public-Health-Landschaft (Mehrwert des Vorhabens für die Themen der Abteilung).

- Passung zu jeweils aktuellen (gesellschaftlichen) Entwicklungen und daraus resultierende Entwicklung neuer relevanter Indikatoren für die Public Health Surveillance (z.B. Klimawandel, COVID-19, Migrationsbewegungen).
- Innovationspotenzial (z.B. zur Erschließung neuer Themenfelder und methodischer Ansätze, zur wissenschaftlichen Weiterentwicklung der Abteilungsmitarbeiterinnen und -mitarbeiter).
- Vernetzungspotenzial im Sinne von Kooperationen mit nationalen und internationalen wissenschaftlichen Partnerinnen und Partnern, zum Austausch, wissenschaftlichen Input, Harmonisierung von Prozessen, Empfehlungen und Indikatoren und zur Stärkung der Sichtbarkeit des RKI in der wissenschaftlichen Community.

Für den wissenschaftlichen Nachwuchs soll es die Möglichkeit der Beantragung von „seed money“ geben, d.h. Personalmittel (ca. drei Monate) zur Beantragung von Drittmitteln, Promotions- oder Habilitationstipendien sowie Sachmittel (z.B. für Pilotstudien, Arbeitstreffen, Ethikvotum) geben. Über die Förderung dieser Anträge wird zentral in der Abteilung entschieden. Die Förderkriterien werden in einer fachgebietsübergreifenden Arbeitsgruppe entwickelt (Forschungs- und Drittmittelakquisestrategie) entschieden.

Maßnahmen und Zeitplanung

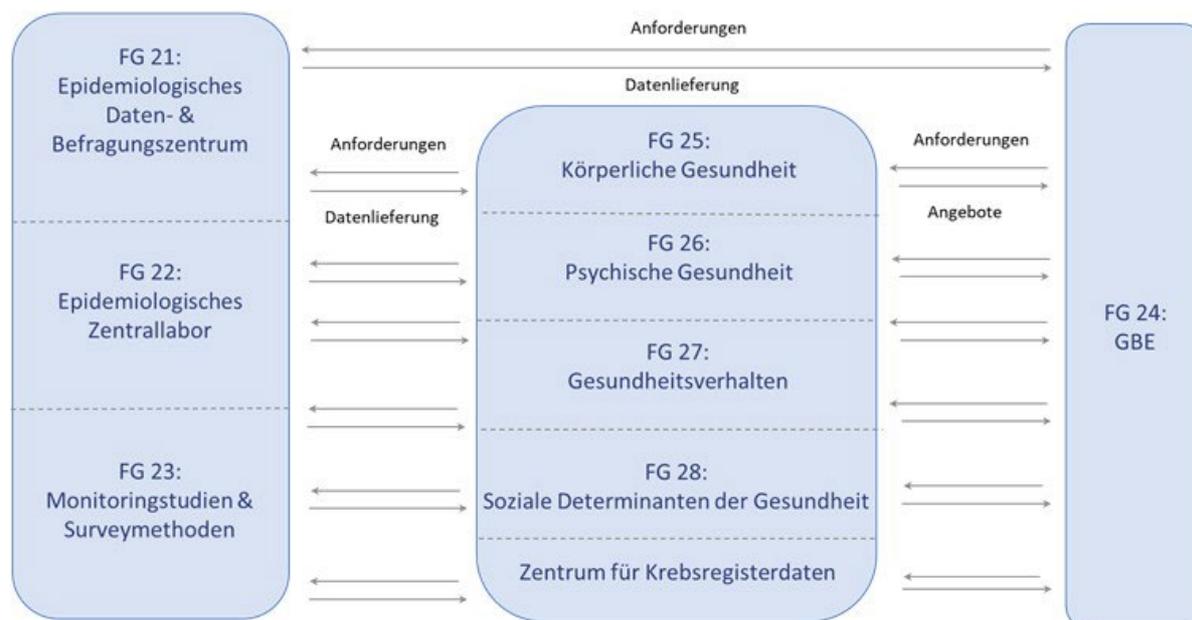
#	Maßnahmenbeschreibung	Ergebnis	Umsetzung bis Ende:
F.1	Entwicklung einer Forschungs- und Drittmittelakquisestrategie der Abteilung einschließlich vollständiger zur Umsetzung erforderlicher Abläufe und Dokumente im Rahmen einer fachgebietsübergreifenden Arbeitsgruppe (siehe Anhang 1).	Forschungs- und Drittmittelakquisestrategie liegt vor und ist intern kommuniziert	Q3/2022
F.2	Umsetzung der Forschungs- und Drittmittelakquisestrategie	Konzept umgesetzt	Q4/2022
F.3	Laufende Evaluation und Weiterentwicklung der Forschungs- und Drittmittelakquisestrategie in einer fachgebietsübergreifenden Arbeitsgruppe (siehe Anhang 1)	Jährlich aktualisiertes Konzept	Erstmalige Revision Q4/2023, dann jährlich in Q4

5. Organisationsstruktur

Ausgangssituation

Seit der Strukturreform 2015 ist die Abteilung 2 in neun Fachgebiete unterteilt, die jeweiligen Aufgaben definiert der aktuell gültige Geschäftsverteilungsplan. Abbildung 8 visualisiert diese neun Fachgebiete und die Beziehungen untereinander.

Abbildung 8: Fachgebiete der Abteilung 2

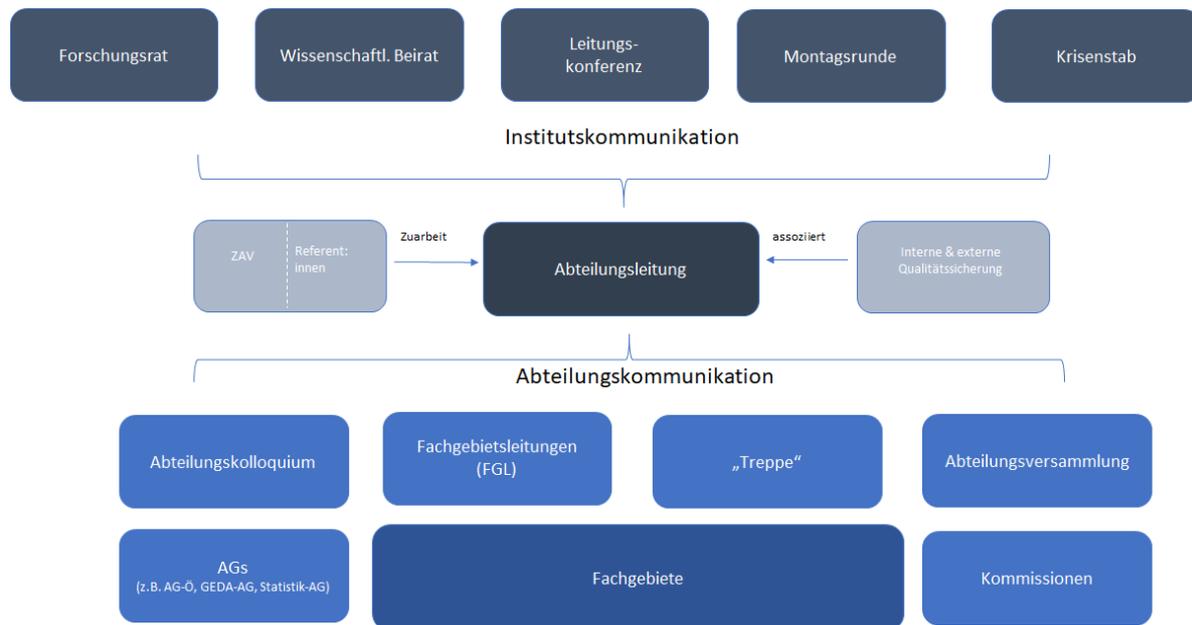


Im mittleren Bereich der Abbildung 8 sind fünf inhaltlich verfasste Fachgebiete dargestellt, die in ihren jeweiligen Expertisebereichen Anfragen bearbeiten und Forschungsvorhaben konzipieren bzw. auswerten. Auf der linken Seite von Abbildung 8 sind drei methodisch-operative Fachgebiete dargestellt, deren Kernaufgaben darin bestehen, Forschungsvorhaben in Form von Befragungs- und Untersuchungsstudien durchzuführen. Auf der rechten Seite der Abbildung findet sich die Gesundheitsberichterstattung, welche im Wesentlichen Disseminationsaufgaben übernimmt.

Weitere Einheiten der Abteilung sind der Abteilungsstab sowie das Qualitätsmanagement und die externe Qualitätssicherung der NAKO Gesundheitsstudie. Formal angebinden sind beide Arbeitsbereiche an die Abteilungsleitung. Zusätzlich existieren über 20 Arbeits- und Steuerungsgruppen, deren Aufgaben im [Anhang 4](#) zusammengefasst sind.

Abbildung 9 visualisiert die Kommunikationsstrukturen der Abteilung und deren Einbettung in die Gesamtorganisation des RKI.

Abbildung 9: Kommunikationsstrukturen der Abteilung und deren Einbettung in die Gesamtorganisation des RKI



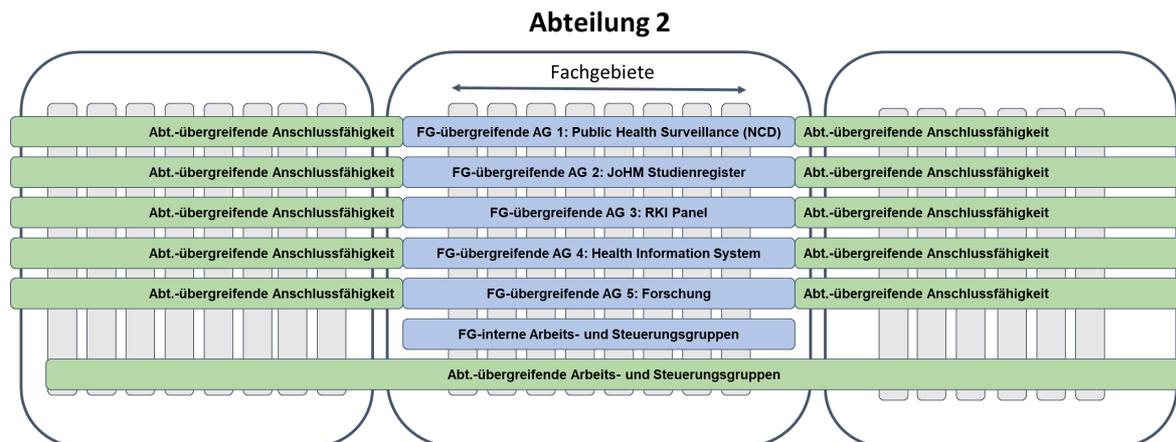
Während sich der grundsätzliche Zuschnitt der Abteilung bewährt hat, lassen sich fünf organisationale Herausforderungen identifizieren.

- Die in diesem Strategiedokument beschriebenen Infrastruktur- und Forschungsvorhaben sind quer zu den Fachgebieten verortet. Die zukünftige Organisationsstruktur soll eine sinnvolle Einbindung dieser Vorhaben vorsehen.
- Die Fülle an Arbeits- und Steuerungsgruppen führt zur Bindung wichtiger Personalressourcen. Es sollte deshalb ein Vorgehen etabliert werden, in deren Rahmen die Existenzberechtigung jeder Arbeits- und Steuerungsgruppe periodisch überprüft wird.
- Weitere zentrale Aufgaben, wie beispielsweise Unterstützung von RKI-weiten Kommunikationsmaßnahmen aus der Abteilung heraus, sind momentan innerhalb einzelner Fachgebiete verortet. Diese zentralen Funktionen sollen enger an die Abteilungsleitung gebunden werden.
- Die bisher etablierten Kommunikationsstrukturen sehen vor allem persönliche und virtuelle Treffen sowie den E-Mail-Austausch vor. Moderne bzw. agile Kollaborationsformate und -werkzeuge wie beispielsweise gemeinsam genutzte Kommunikations- und Projektmanagementumgebungen oder auch Werkzeuge zur kollaborativen Bearbeitung von Dokumenten sind bisher noch nicht etabliert.
- Schließlich stellen sich die Abschnitte zu den einzelnen Fachgebieten der Abteilung 2 im Geschäftsverteilungsplan des RKI in Inhalt, Umfang und vor allem Abstraktionsgrad uneinheitlich dar. Eine Harmonisierung der Geschäftsverteilungspläne der Abteilung im Hinblick auf deren Aufbau, Inhalt und Umfang erscheint deshalb angemessen.

Zielbeschreibung

Die bewährte organisationale Einteilung in die bestehenden Fachgebiete soll beibehalten und weiterentwickelt werden, so dass die in diesem Strategiepapier formulierten Infrastruktur- und Forschungsziele erreicht werden können. Abbildung 10 verdeutlicht die ab 2022 gültige abteilungsinterne matrixförmige Struktur, die sich am sog. „[Spotify-Modell](#)“ orientiert.

Abbildung 10: Matrixförmige Struktur der Abteilung 2



An die Abteilungsleitung soll neben dem bisherigen Stab auch weiterhin die externe Qualitätssicherung der NAKO Gesundheitsstudie und das Qualitätsmanagement angegliedert sein. Dadurch wird gewährleistet, dass diese Aufgabe sowohl institutsweit als auch abteilungsintern optimal eingebunden ist.

Zur Umsetzung der Infrastruktur- und Forschungsmaßnahmen sollen fachgebietsübergreifende Arbeitsgruppen eingerichtet werden. Fachübergreifende Arbeitsgruppen, die konkrete Angebote entwickeln (z.B. HIS), arbeiten auf Basis agiler Projektmanagementmethoden. Jedes Fachgebiet trägt mit seiner spezifischen Expertise zur Erreichung der arbeitsspezifischen Ziele bei. Um welche Beiträge es sich handelt, ist im [Anhang 1](#) zusammengefasst. Die Ergebnisse der Arbeitsgruppen sollen RKI-weit anschlussfähig und - falls von der Leitung gewünscht - auf RKI-Ebene transzendierbar sein.

Alle bereits bestehenden Arbeits- und Steuerungsgruppen (siehe [Anhang 4](#)) werden mit einem jährlichen Ablaufdatum mit Stichtag 31. Dezember versehen. Möchte bzw. soll die Arbeitsgruppe weiterarbeiten, muss ein begründeter Antrag an die Abteilungsleitung gestellt werden (bis zum 15. November des jeweiligen Jahres), der innerhalb von 14 Tagen entschieden wird.

Es sollen Werkzeuge zur kollaborativen und agilen Bearbeitung von Projekten eingeführt und etabliert werden.

Die Darstellung der Fachgebiete der Abteilung 2 im Geschäftsverteilungsplan des RKI soll standardisiert und harmonisiert werden.

Maßnahmen und Zeitplanung

#	Maßnahmenbeschreibung	Ergebnis	Umsetzung bis Ende:
O.1	Umsetzung der in der Zielbeschreibung spezifizierten Organisationsstruktur	Matrixstruktur umgesetzt	Q1/2022
O.2	Bestehende Arbeits- und Steuerungsgruppen legen Arbeitsplanungen für das jeweilige Folgejahr vor	Arbeitsplanungen von AGs liegt vor	Q1/2022 Q4 jeden Jahres für das Folgejahr
O.3	Beschaffung geeigneter Software zur Unterstützung kollaborativen Arbeitens (z.B. Sharepoint für gemeinsam bearbeitete Dokumente, niederschwellig nutzbare Projektmanagementsoftware)	Kollaborationssoftware im Einsatz	Q3/2022
O.4	Standardisierung und Harmonisierung der Geschäftsverteilungspläne der Abteilung	Revidierte Geschäftsverteilungspläne	Q4/2022

6. Qualitäts- und Projektmanagement

Alle forschungsrelevanten Prozesse im Rahmen des RKI-Gesundheitsmonitorings in der Abteilung 2 müssen einem hohen Qualitätsanspruch gerecht werden. Um eine gleichbleibend hohe Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität aller Abteilungsvorhaben sicherzustellen, sind umfangreiche Qualitätssicherungs- (QS) Maßnahmen als integraler Bestandteil eines umfassenden Qualitätsmanagement (QM)-Systems (siehe Abbildung 11) unabdingbar. Dazu zählt auch die Vernetzung des QM mit einem abteilungsweiten Projektmanagement (PM).

6.1. Abteilungsinterne Qualitätssicherung

Ausgangssituation

Umfangreiche QS-Maßnahmen sind für die Studien der Abteilung 2 fest etabliert. Sowohl in den inhaltlichen als auch in den operativen Fachgebieten steht ein breites Spektrum an Maßnahmen und Instrumenten für die QS des gesamten Datenerhebungsprozesses zur Verfügung und werden studienspezifisch adaptiert. Dadurch ist über die Zeit eine hohe Expertise im Bereich QS in der Abteilung 2 gewachsen. Bei Studien größeren Umfangs wird zusätzlich eine unabhängige externe QS zur Überprüfung der standardisierten Erhebungsprozesse beauftragt.

Ein festverankertes QM-System, in welchem die QS-Maßnahmen koordiniert und gesteuert werden, fehlt der Abteilung 2 jedoch bislang. Ein Wissensverlust zwischen den Studien, intransparente Strukturen und Prozesse, Kommunikationslücken, eine fehlende Übersicht über vorhandene QS-Maßnahmen in den Fachgebieten, Schnittstellenverluste sowie Doppelarbeiten und eine ineffiziente Nutzung der knappen Ressourcen sind die Folge. Um dem entgegenzusteuern, wurde 2017 ein Konzept für ein QM-System für die Studien der Abteilung 2 entwickelt und in Teilen pilotiert. Erstmals wurden QS-Verantwortliche in den Fachgebieten benannt und durch die QM-Beauftragte in einen kontinuierlichen Abstimmungsprozess eingebunden. Eine Austauschplattform (Qualitätszirkel) für qualitätsrelevante Themen und für die Abstimmung von QS-Maßnahmen und Qualitätsindikatoren wurde etabliert und damit der Transfer zwischen den verschiedenen Akteuren gefördert. Die QM-Beauftragte stand der Abteilung 2 bis zum pandemiebedingten Abbruch der gern-Studie beratend zu Seite, war eingebunden in die Projektsteuerung und vernetzt mit dem Projektmanagement der Studie.

Die COVID-19-Pandemie stellte die Abteilung 2 und auch das QM vor Herausforderungen. So mussten Ad-hoc-Studien trotz Zeit- und Ressourcenknappheit qualitativ hochwertig durchgeführt werden. Aufgrund der zu diesem Zeitpunkt bestehenden QM- und QS-Strukturen konnte umgehend ein Team für die QS aufgestellt werden und die Arbeit aufnehmen. Dieses fachgebietsunabhängige Team verdeutlichte, wie zentrale QM-Strukturen sowohl kontinuierliche Arbeitspakete als auch Ad-hoc-Anforderungen ressourcenschonend und zielführend befördern können.

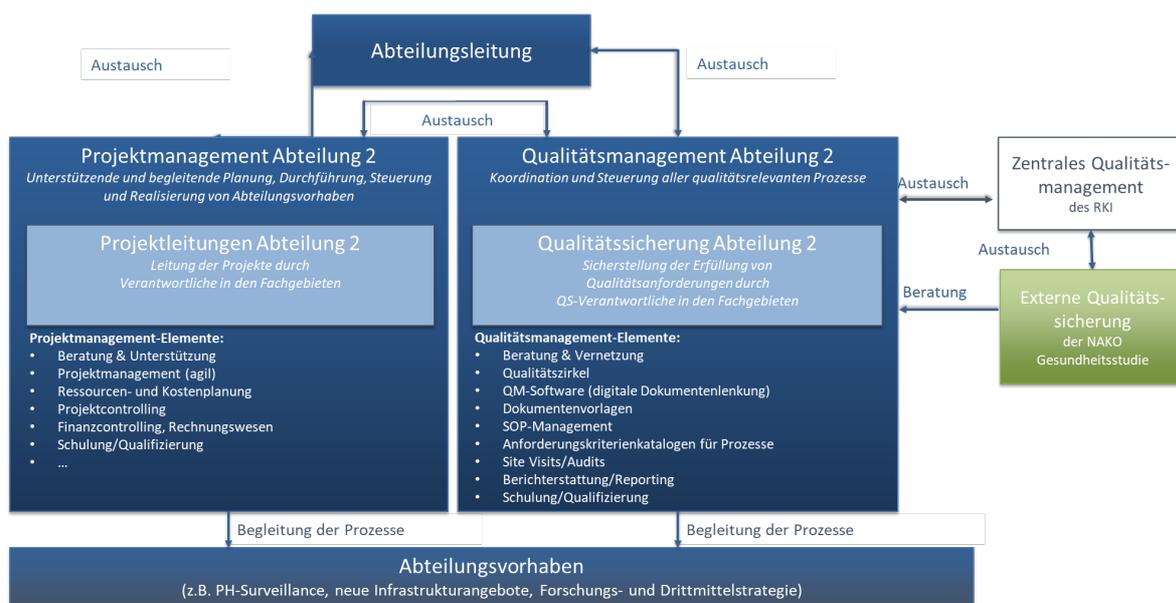
Das Potenzial für ein verstetigtes QM-System ist in der Abteilung 2 groß und umfangreiche Expertise vorhanden, jedoch aufgrund befristeter, projektgebundener und knapper Ressourcen im Bereich QM und QS nicht ausgeschöpft.

Zielbeschreibung

Für die Etablierung eines verstetigten QM-Systems als Service- und Beratungsinstanz für die Vorhaben der Abteilung 2 mit der strategischen Verknüpfung auf der PM-Ebene und der operativen Umsetzung in den Fachgebieten auf QS-Ebene sollen die folgenden strukturellen Voraussetzungen geschaffen werden:

- Benennung von QS-Verantwortlichen in den inhaltlichen und operativen Fachgebieten mit einem festen Stellenanteil für QS
- Regelmäßige Weiterqualifizierungen im Bereich QS für Abteilungsmitarbeiterinnen und Abteilungsmitarbeiter
- Einbindung der QS-Verantwortlichen in ein abteilungsweites QM und PM
- Etablierung einer QM-Stabsstelle in der Abteilung 2 neben dem PM als zentrale Aufgabe
- Erfüllen einer projektübergreifenden Beratungs-, Unterstützungs- und Prüfungsfunktion durch das QM, ohne inhaltlich an den Projekten mitzuarbeiten
- Bereitstellung von Ressourcen für die Weiterentwicklung und Verstetigung des QM-Systems für die Abteilung 2 (siehe Ressourcenplan)
- Fortführung der Vernetzung mit dem zentralen QM des RKI und Gewährleistung der Mitarbeit an abteilungsübergreifenden QM-Projekten
- Abbildung 11 verdeutlicht die Strukturen eines PM-QM-Systems für die Abteilung 2 und gibt einen Einblick in ausgewählte PM- und QM-Elemente.

Abbildung 11: Strukturen eines Projekt- und Qualitätsmanagement-Systems in der Abteilung 2 und ausgewählte Elemente des Projekt- und Qualitätsmanagements



Ausgerichtet an den Aufgaben und der Arbeitsweise der Abteilung soll das QM-System flexibel auf die Strukturen, Prozesse sowie gestellten Anforderungen des jeweiligen Vorhabens

reagieren. Mittels einer QM-Software kann der Wissenstransfer beispielsweise durch die Bereitstellung von standardisierten Dokumentenvorlagen sowie der Abstimmung von Anforderungskriterien für Erhebungsmodule gemeinsam mit den Fachexpertinnen und Fachexperten gesichert und projektspezifisch angepasst werden (bspw. Anforderungen an einen Datenschutzantrag, Vorlagen für Studienprotokolle, SOPs, Indikatoren). Aufgrund der zentralen Koordination werden so Doppelarbeiten vermieden und zeitliche Ressourcen geschont. Eine softwarebasierte Dokumentenablage ermöglicht nicht nur einen schnellen Zugriff auf vorhandene Dokumente und garantiert somit eine standardisierte Anwendbarkeit auf zukünftige Abteilungsvorhaben, sondern kann auch um eine Reporting-Funktion erweitert werden. Dadurch ist die Evaluierung der eingesetzten QS-Maßnahmen zeitnah möglich und unterstützt den Abstimmungsprozess zwischen den QS-Verantwortlichen untereinander und im Austausch mit dem/der QM-Beauftragten. Aktuell prüft das zentrale QM des RKI eine QM-Software, die hausintern bspw. für die Dokumentenlenkung eingesetzt werden soll. Das QM der Abteilung 2 steht bezüglich einer Eignungsprüfung, ggf. Übernahme und Erweiterung der Software für ein abteilungsinternes digitales QM im Austausch mit QM-Zentral.

Die Vernetzung und Zusammenarbeit mit QM-Zentral des RKI erfolgt auch darüber hinaus weiterhin. Das QM der Abteilung 2 beteiligt sich am Aufbau und der Entwicklung eines RKI-weiten QM-Systems und unterstützt mit seiner Expertise die Entwicklung einer QS für die laborunabhängige Forschungsinfrastruktur am RKI.

Ein verstetigtes flexibles QM-System in der Abteilung 2 fördert transparente Strukturen und Prozesse in allen Phasen eines Evidenz-Zyklus und bei allen Abteilungsvorhaben, definiert klare Verantwortlichkeiten und Kommunikationswege, sichert einen regelmäßigen Austausch der verschiedenen Akteure und die gemeinschaftliche Abstimmung von Anpassungen und Optimierungsmaßnahmen. Eine konstruktive Fehlerkultur wird etabliert, Prozesse kontinuierlich verbessert und damit der hohe Qualitätsanspruch an die zu generierenden Daten wie auch die gesamte Arbeit der Abteilung sichergestellt.

6.2. Externe Qualitätssicherung

Ausgangssituation

Basierend auf den langjährigen Erfahrungen mit interner und externer QS in epidemiologischen Befragungs- und Untersuchungsstudien beteiligte sich die Abteilung 2 an dem Angebot zur „Entwicklung eines Konzepts zur externen Qualitätssicherung und dessen exemplarische Testung im Rahmen des Verbundvorhabens National Kohorte – Pilotstudien: Pretest 2“. In dem sechsmonatigen Projekt entwarfen erfahrene Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler der Abteilung 2 ein normbasiertes, für Studien adaptiertes, mehrstufiges QM-System für Deutschlands bis dato größte geplante Kohortenstudie. Mit dieser ausgebauten Expertise bewarb sich die Abteilung 2 des RKI für das Teilvorhaben „Externe Qualitätssicherung der NAKO Gesundheitsstudie“ und erhielt 2013 den Zuschlag für die erste Förderphase (Mai 2013 bis Mai 2018).

Mit der Etablierung eines eigenen, ausschließlich mit den Projektmitteln finanzierten Teams im Dezember 2013 nahm die externe QS ihre Arbeit auf. Kern der Aufgabe war und ist die

qualitätssichernde Begleitung des Datenerhebungsprozesses aus einer neutralen, übergeordneten Perspektive. Als Maßnahmen finden dabei u. a. Dokumentenanalysen, Site Visits bei Schulungen und in den Studienzentren sowie exemplarische Datenanalysen Anwendung. Ein weiterer Fokus lag und liegt auf der Begutachtung der Wirksamkeit des internen QM-Systems. Hierbei detektieren vor allem selbstentwickelte indikatorgestützte Soll/Ist-Abweichungsanalysen Auffälligkeiten. Auf Basis der gewonnenen Eindrücke werden Empfehlungen abgeleitet und das zentrale QM sowie der Vorstand der NAKO Gesundheitsstudie beraten.

Die Expertise des Teams der externen QS war u.a. ausschlaggebend dafür, die Abteilung 2 des RKI in der zweiten Förderphase (Mai 2018 bis Mai 2023) erneut mit ihren Aufgaben zu beauftragen. Aktuell wird der Projektantrag für eine nahtlos anschließende dritte Förderphase mit einer weiteren Befragungs- und Untersuchungswelle vorbereitet. Das Team der externen QS ist beauftragt, nicht nur die Konzeptentwicklung des internen QM-Systems der NAKO Gesundheitsstudie für die Fortführung zu unterstützen, sondern auch die Aufgabe der externen QS konzeptionell und mit den entsprechenden Ressourcen in den Projektantrag einfließen zu lassen. Eine positive Bewilligung des Antrags und erneute Beauftragung der Abteilung 2 des RKI vorausgesetzt, wird das Team seine Aufgaben von Mai 2023 bis Mai 2028 fortführen.

Zielbeschreibung

Als verlässlicher Partner mit hoher Expertise wird die externe QS ihre Tätigkeit fortführen. Die bisher gesetzten Standards für eine externe QS in epidemiologischen Studien gelten auch weiterhin. Aufgrund ihres generischen Charakters können sie zudem an mögliche Veränderungen des Datenerhebungsprozesses der NAKO Gesundheitsstudie angepasst werden. Angestrebt wird, die eingesetzten QS-Maßnahmen noch weiter zu automatisieren (z.B. Weiterentwicklung der bereits bestehenden QS-Datenbank, um die Feldarbeit in den NAKO-Studienzentren sowie die Datenqualität (semi-)automatisiert zu überwachen, zu bewerten und zu berichten).

Synergien aus dem Projekt haben sich aufgrund der langen Zusammenarbeit für die Abteilung 2 bereits ergeben. So hat das externe QS-Team in einem zusätzlich finanzierten Projekt ein Konzept für ein QM-System für die Abteilung 2 entwickelt und die QM-Beauftragte bei der Umsetzung fachlich beraten. Auch während der COVID-19-Pandemie hat die externe QS auf Basis einer Teil-Abordnung die interne QS der CORONA-MONITORING-Studien unterstützt. Des Weiteren wird an einem Qualifizierungs-Projekt für epidemiologische Study Nurses mitgearbeitet, welches zunächst exklusiv dem RKI und der NAKO zur Verfügung stehen soll. U.a. auf Vermittlung durch die externe QS sind Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Abteilung 2 in den NAKO-Expertengruppen vertreten. Insbesondere für das künftige RKI Panel werden weitere Synergiemöglichkeiten gesehen.

Um das Know-how des Projektteams und die Synergien für die Abteilung 2, und hier insbesondere für das RKI Panel, sowie für das RKI insgesamt weiterhin gewinnbringend zu nutzen, kann dieses ergänzend zur externen QS der NAKO Gesundheitsstudie als verstetigtes „QS-/PM-Kompetenz-Team“ folgende Aufgaben wahrnehmen:

- Kontinuierliche Beratung der/des QM-Beauftragte der Abteilung 2

- Ausbau der bereits bestehenden Expertise auf dem Gebiet des PM und Einbringung in die Abteilung 2
- Fortführung der engen Zusammenarbeit mit dem QM-Zentral des RKI und Umsetzung des angestoßenen Prozesses „QS für die RKI-Forschungsinfrastruktur“
- Unterstützung von QM-Zentral beim Ausbau und der Verstetigung des bisherigen vor allem laborspezifischen QM-Systems des RKI zu einem abteilungsübergreifenden, flexiblem und bedarfsgerechten QM-System

Hierfür ist es erforderlich, zusätzlich zur Drittmittelfinanzierung Stellenanteile für die Teammitglieder der externen QS der NAKO Gesundheitsstudie in der Abteilung 2 zu verankern.

6.3. Projektmanagement (PM)

Ausgangssituation

In der Abteilung 2 fand in den bis zum Jahr 2020 durchgeführten Studien kein übergreifendes und strategisches PM statt. Auf der operativen Ebene sind projektsteuernde Elemente im Einsatz. Dazu zählen Führungsaufgaben, -organisation, -techniken und -mittel für die Initiierung, Definition, Planung, Steuerung und den Abschluss von Projekten. Eine kontrollierte Begleitung und Auswertung der Studienphasen, der Planungs- und Umsetzungsmethodiken sowie eine Weiterentwicklung und transparente Darlegung von festen Abläufen aus vorangegangenen Studien fanden jedoch nicht statt. Die genannten Abläufe waren zwar grundsätzlich in den einzelnen Studien gut abgebildet, das erfahrene Personal war jedoch meist an die jeweilige Studie gebunden, so dass vorhandenes Wissen und Expertise über erfolgreich erprobte Prozessabläufe sich so nicht verstetigen konnte.

In Vorbereitung für die gern-Studie wurde erstmals ein interner Projektkoordinator eingesetzt (vorwiegend verantwortlich für finanzielle Planung, Umsetzung von Personal- und Sachmitteln und internes Controlling). Zudem war eine externe Projektbegleitung vorgesehen. Mit den CORONA-MONITORING-Studien ab 2020 wurden die Prozesse erstmals durch ein externes PM in enger Zusammenarbeit mit dem internen Projektkoordinator gesteuert. Eine umfängliche Einbindung in alle Prozesse gestaltet sich jedoch aufgrund der gewachsenen Strukturen, der Komplexität der Prozesse und Interdependenzen sowie der fehlenden Zugriffsrechte sowohl auf die Ressourcen der externen PM wie umgekehrt auf die internen Dokumente von außen als schwierig. Die Ressourcen, um für diese Tätigkeit exklusiv externe Fachkräfte einzubinden, waren und sind stark begrenzt. Die externe Beratung arbeitet mit einem PM-Tool (BlueAnt), welches auch in die Abteilung 2 eingeführt wurde und in dem sich alle Projekte, unabhängig von Fachgebietszugehörigkeit einbinden und die Prozesse abbilden lassen können. Bislang findet das Tool nur in wenigen Fachgebieten Anwendung ggf. ist dieses Tool nochmal auf seine Eignung zu prüfen bzw. sind weitere Tools einzuführen oder mit anderen im RKI genutzten Tools abzugleichen.

Zielbeschreibung

In Zukunft soll auf Grundlage einer Bedarfsanalyse ein strategisches und operatives PM in der Abteilung verankert werden, um einen Wissenschaftsbereich mit hoher Datenqualität,

effizienten Strukturen und Prozessen zu gewährleisten. Eine abteilungsübergreifende Transparenz und Reproduzierbarkeit von standardisierten Methoden und Prozessen bildet die Grundlage für effiziente Arbeit. Das strategische PM steuert die Maßnahmen und Instrumente für die strukturierte Projektabwicklung. Das PM der Abteilung soll sich dabei dynamisch und flexibel an die verschiedenen Bedingungen und Projektspezifika anpassen können. Ein hybrides PM von geringer Planungs- und Führungsintensität zugunsten schneller Umsetzung, hoher Anpassungsfähigkeit und Eigenverantwortlichkeit erscheint hier sinnvoll. Einzelne Schritte und Aufgaben der Projektentwicklung können mit geringerem Aufwand in den verschiedenen Projekten angepasst und umgesetzt werden. Ergebnisse und Probleme werden vergleichbar. Ständige Optimierungsprozesse, schnelles Reagieren und proaktives Handeln sollen durch direkte Kommunikation, einfache (schlanke) Prozesse, kleine selbstbestimmte Teams und kurze Iterationszyklen ermöglicht werden. Die Anpassung an die jeweiligen Projekte geschieht auf der operativen Ebene durch die jeweilige Projektleitung, in Zusammenarbeit mit den inhaltlichen Expertinnen und Experten. Sie können z.B. spezifische Prozesse, Ressourcen, Aufwände oder potenzielle Probleme in ihrem Forschungsprojekt am besten einschätzen.

Für die Zusammenführung der einzelnen Projekte ist ein übergreifendes PM mit der Aufgabe der Koordination und Steuerung genauso wichtig wie ein übergreifendes QM. Unabdingbar ist, dass auch das PM (wie QM) frei und unabhängig agieren kann und nicht an Projekte und Fachgebiete gebunden ist. Zudem ist der gleichberechtigte und kontinuierliche Austausch zwischen PM und QM auf der strategischen Ebene wie zwischen PM und QS auf der operativen Ebene notwendig.

Für die Umsetzung einer solchen PM-Struktur in der Abteilung 2 werden neben der bereits bestehenden Projektkoordinations-Stelle weitere personelle Ressourcen benötigt. Analog zum QM-System ist auf der strategischen Ebene ein/e PM-Beauftragte/r zu etablieren und auf der operativen Ebene Stellenanteile für PM-Aufgaben freizusetzen.

6.4. Beratungsgremien der Abteilung

Ausgangsbeschreibung

Die Abteilung wird derzeit von unterschiedlichen Gremien bei der Erfüllung ihrer Amtsaufgaben sowie der Konzeption und Umsetzung ihrer Projekte beraten. Auf der Abteilungsebene erfolgt die wissenschaftliche Beratung durch die [Kommission Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsmonitoring \(GBEMON\)](#). Daneben besteht für den Themenbereich Krebs ein weiterer gesetzlich verankerter Beirat, der fachspezifische Fragestellungen bearbeitet. Zusätzlich existieren projektbezogene Beiräte und Beratungsgremien wie beispielsweise der wissenschaftliche Beirat zur [Diabetes-Surveillance](#), zu [Burden 2020](#) und zur Mental Health Surveillance. Durch die unterschiedlichen Gremien wurde bisher eine ausgezeichnete fachliche Begleitung der Abteilung gewährleistet.

Die in diesem Strategiekonzept beschriebene Neuausrichtung der Abteilung erfordert jedoch eine neue, auf die zukünftigen Ziele, Vorhaben und Angebote ausgerichtete Gremienstruktur. Der neue inhaltliche Schwerpunkt der Abteilung, der im Bereich der Public Health

Surveillance für die [großen Volkskrankheiten](#) (kardiovaskuläre Erkrankungen, Krebs, Erkrankungen der Atemorgane, Diabetes, psychische Einschränkungen) verortet sein wird, legt die Einrichtung eines Fachbeirats nahe, der seine Expertise beim Aufbau, Betrieb und der formativen Evaluierung der zukünftigen Indiktorik und deren Kommunikation mittels HIS und JoHM einbringt. Die methodisch-operativen Bereiche der Abteilung (RKI-Panel, Biobank) sollten von der Expertise eines Methodenbeirats profitieren. Schließlich ist an die enge Verzahnung dieser beiden Beiratsstrukturen zu denken.

Zielbeschreibung

Das übergeordnete Ziel besteht in der Etablierung einer schlanken und effizienten Gremienstruktur, um bei gleichbleibender Beratungsqualität Abstimmungsaufwand zu minimieren und Zielorientierung zu stärken. Es sollen zwei übergreifende Gremien mit jeweils einem inhaltlichen und einem methodischen Schwerpunkt eingerichtet werden, die mit ausgewiesenen Expertinnen besetzt sind.

Beide Gremien haben dabei die Aufgaben (1) bei der Weiterentwicklung der in diesem Strategiekonzept festgelegten Abteilungsziele, -vorhaben und aufgaben beratend mitzuwirken und (2) die Zusammenarbeit mit wissenschaftlichen Einrichtungen, Akteuren des Gesundheitswesens, Länderbehörden und anderen Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie den Nutzerinnen/Nutzern und Haltern von Gesundheitsdaten zu fördern. Die beiden Gremien unterscheiden sich in ihrem inhaltlichen Fokus.

Im Gremium mit inhaltlichem Fokus soll die bewährte Zusammenarbeit mit der Kommission GBEMON grundsätzlich fortgeführt und an neue Anforderungen angepasst werden, die sich aus dem Abteilungskonzept ergeben. Der Fokus dieses Gremiums liegt künftig auf den Bereichen der NCD-Surveillance und dem HIS, die eng verzahnt sind und harmonisiert weiterentwickelt werden sollen. Die Mitglieder des Gremiums sollen ausgewiesene Expertinnen und Experten in den Bereichen NCD Surveillance (Kern- und Schwerpunktthemen der NCD Surveillance wie in diesem Strategiekonzept ausgewiesen) und Indikatorenentwicklung sein.

Das methodisch-operativ beratende Gremium begleitet den Aufbau, die Implementierung und Weiterentwicklung des RKI Panels. Mitglieder dieses Gremiums verfügen über Expertise im Bereich der Sekundärdatenerfassung und -aufbereitung im Gesundheitsbereich. Darüber hinaus soll Expertise im Bereich der Primärdatenerhebungen eingebracht werden, und zwar der Studienplanung (z.B. Stichprobendesigns) und Datenerhebungsmethodik (Befragungen, Untersuchungen und Messdaten mit Schwerpunkt Omnibus Access Panels) sowie Datenaufbereitung.

Eine enge Abstimmung beider Gremien wird durch Liaison-Personen realisiert, die in beiden Gremien vertreten sind.

Für spezifische Fragestellungen können temporäre Arbeitsgruppen eingesetzt werden, die sich aus Mitgliedern der Kommission, externen Expertinnen/Experten sowie RKI-Mitarbeiterinnen/-Mitarbeitern zusammensetzen. Hier ergibt sich auch die Möglichkeit, abteilungsübergreifende Fragestellungen zu bearbeiten. Weiter soll für die Beratung zu spezifischen

Fragestellungen und Konsensprozessen das Instrument von Expertinnen/Experten-Workshops stärker genutzt werden. Eine personelle Verknüpfung mit dem Wissenschaftlichen Beirat des RKI wird sichergestellt.

Maßnahmen und Zeitplanung

#	Maßnahmenbeschreibung	Ergebnis	Umsetzung bis Ende:
B.1	Beirat Public Health Surveillance/HIS	Ist implementiert	Ende 2022
B.2	Beirat Panel (in Berufung, ca. 30 Personen, Laufzeit 5 Jahre)	Ist implementiert	Ende 2022
B.3	Kommission Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsmonitoring	Aufgaben werden über die Beiräte Public Health Surveillance/HIS sowie Beirat Panel realisiert	12/ 2022
B.4	Beirat Burden2020	Aufgaben werden über den Beirat realisiert	mit Projektende ausgefallen
B.5	Beirat Diabetes-Surveillance (DiabSurv)	Aufgaben werden nach Ende der aktuellen Laufzeit über den Beirat realisiert	6/2023
B.6	Expertengremium Mental Health Surveillance	Aufgaben werden nach Ende der aktuellen Laufzeit über den Beirat realisiert	6/2023
B.7	Beirat IMIRA II	Aufgaben werden nach Ende der aktuellen Laufzeit über den Beirat realisiert	12/2022
B.8	Beirat des Zentrums für Krebsregisterdaten	Nach gesetzlichen Vorgaben implementiert	06/2022
B.9	Wissenschaftlicher Ausschuss des Zentrums für	Nach gesetzlichen	Ende 2026

	Krebsregisterdaten	Vorgaben implementiert	
B.1 10	Kommission Environmental Public Health (in Berufung, Laufzeit 4 Jahre)	Ist neu berufen	Ende 2022

Literatur

- Alberer M, Wendeborn M, Loscher T et al. (2016) Spectrum of diseases occurring in refugees and asylum seekers: data from three different medical institutions in the Munich area from 2014 and 2015. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 141(1):e8-e15.
- Aparicio ML, Döring A, Mielck A et al. (2005) Unterschiede zwischen Aussiedlern und der übrigen deutschen Bevölkerung bezüglich Gesundheit, Gesundheitsversorgung und Gesundheitsverhalten: eine vergleichende Analyse anhand des KORA-Surveys 2000. *Sozial- und Präventivmedizin*, 50(2):107-18.
- BAG Wohnungslosenhilfe e.V. (2022) Steigende Zahl Wohnungsloser im Wohnungslosensektor, Wohnungslosigkeit anerkannter Geflüchteter sinkt. BAG Wohnungslosenhilfe e.V.: Berlin, Germany. URL: <https://www.bagw.de/de/themen/zahl-der-wohnungslosen/index.html>
- Bartig S, Rommel A, Wengler A et al. (2019) Gesundheitsberichterstattung zu Menschen mit Migrationshintergrund - Auswahl und Definition von (Kern-)Indikatoren. *Journal of Health Monitoring*, 4(3):29-48.
- Bengel J, Meinders-Lücking F, Rottman N (2009) Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen. Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln.
- Bergmann KE, Schlack R, von Dewitz C, Dippelhofer A, Kurth BM, Eichstädt H (2004) Ethische und rechtliche Aspekte der epidemiologischen Forschung mit Kindern und Jugendlichen in Deutschland am Beispiel des Kinder- und Jugendgesundheits surveys. *Ethik in der Medizin*. 16(1):22-36.
- Brücker H, Croisier J, Kosyakova Y et al. (2019) Zweite Welle der IAB-BAMF-SOEP-Befragung. Geflüchtete machen Fortschritte bei Sprache und Beschäftigung. IAB-Kurzbericht Nr. 3. IAB: Nürnberg, Germany.
- Brzoska P, Abdul-Rida C (2016) Participation in cancer screening among female migrants and non-migrants in Germany: A cross-sectional study on the role of demographic and socio-economic factors. *Medicine (Baltimore)* 95(30):e4242.
- Bundesministerium für Gesundheit (2012) Nationales Gesundheitsziel „Gesund älter werden“. gesundheitsziele.de. Kooperationsverbund zur Weiterentwicklung des nationalen Gesundheitszieleprozesses, Berlin.
- Drennan J (2003) Cognitive Interviewing: Verbal data in the design and pretesting of questionnaires. *Journal of Advanced Nursing*, 42:57-63.
- Frank L, Yesil-Jürgens R, Born S et al. (2018) Maßnahmen zur verbesserten Einbindung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in KiGGS Welle 2. *Journal of Health Monitoring*, 3(1):126-142.
- Gaertner B, Lüdtke D, Koschollek C et al. (2019) Effects of a sequential mixed-mode design on participation, contact and sample composition - Results of the pilot study “IMOA-Improving Health Monitoring in Old Age”. *Survey Methods: Insights from the Field (SMIF)*.
- Grube M, Scheidt-Nave C, Gaertner B et al. (2019) Public Health Monitoring 65+ in Deutschland – Auswahl und Definition von Indikatoren. *Journal of Health Monitoring* 4(2):93-109.

- Hoebel J, Kuntz B, Kroll LE et al. (2019) Socioeconomic Inequalities in the Rise of Adult Obesity: A Time-Trend Analysis of National Examination Data from Germany, 1990–2011. *Obesity Facts* 12(3):344-356.
- Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S et al. (2007) Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry* 20(4):359-364.
- Lampert T, Richter M (2009) Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen. In *Gesundheitliche Ungleichheit*. VS Verlag für Sozialwissenschaften pp. 209-230.
- Müller O, Albrecht J, Gabrysch S (2018) Planetary Health. Ein umfassendes Gesundheitskonzept. *Deutsches Ärzteblatt*, 115 (40):A1751-2.
- Petermann F, Niebank K, Scheithauer H (2004) *Entwicklungswissenschaft - Entwicklungspsychologie, Genetik, Neuropsychologie*. Springer, Heidelberg.
- Petermann F, Resch F (2013) *Entwicklungspsychopathologie*. In: Petermann F (Hrsg) *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie*. Hogrefe, Göttingen, S. 57-76.
- Statistisches Bundesamt (2019) *Bevölkerung Deutschlands bis 2060. Ergebnisse der 14. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung - Hauptvarianten 1 bis 9*. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2021) *Bevölkerung: Deutschland, Stichtag, Alte*. <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=abrufabelleBearbeiten&levelindex=2&levelid=1642756829062&auswahloperation=abrufabelleAuspraegungAuswaehlen&auswahlverzeichnis=ordnungsstruktur&auswahlziel=werteabruf&code=12411-0005&auswahltext=&werteabruf=Werteabruf#abreadcrumb> (Stand: 21.01.2022)
- World Health Organization (2005) *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, Version 2005*. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) unter Beteiligung der Arbeitsgruppe ICD des Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG), Köln.
- World Health Organization (2017) *Global strategy and action plan on ageing and health*. World Health Organization, Geneva.
- Zeeb H, Hilderink H, Forberger S (2018) Umwelt und der „Health-in-all-Policies-Ansatz - ein Überblick. *Bundesgesundheitsblatt*, 61(6):729-736.
- Zeiger J, Varnaccia G, Finger JD, Jordan S, Lange C (2018) Einflussfaktoren der Adipositas im Kindesalter: das AdiMon-Indikatorensystem. *Epid Bull* 19:183-185.
- Zulliger S, Tanner S (2013) Der Begriff Heterogenität in empirischen Studien - In: *Schweizerische Zeitschrift für Bildungswissenschaften* 35(1):37-52.

Anhang

Anhang 1: FG-übergreifende AGs und vorläufige Beiträge der Fachgebiete zur Etablierung der neuen Angebote der Abteilung (HIS, Public Health Surveillance, Studienregister, RKI Panel, Forschung)

FG-übergreifende AGs	Health Information System (HIS)	Public Health Surveillance	JoHM Studienregister	RKI Panel	Forschung
AG-Leitung	██████████	██████████	██████████	██████████	██████████
Gesundheitsberichterstattung (FG 24)	<p>Koordinierung der HIS-Entwicklung: Integration bestehender Formate, Entwicklung neuer Formate (Dashboard, Website, Social Media)</p> <p>Laufende Betreuung und Weiterentwicklung des HIS</p>	Mitarbeit bei Konzeption, Kompatibilität mit Ländern und internationaler Ebene	Aufnahme des Studienregisters als Veröffentlichungsform des Journal of Health Monitoring		<p>Standardisierung bzw. Harmonisierung von Gesundheitsinformation im EU-Raum</p> <p>Entwicklung übergreifender Systematiken (z.B. Krankheitslastberechnungen)</p>
Zentrum für Krebsregisterdaten (ZfKD)	Verzahnung des HIS mit krebsspezifischen Informationsangeboten (krebsdaten.de)	Krebsspezifische Indikatoren werden (auch extern) abgestimmt und die benötigten Ergebnisse aus den Krebsregisterdaten bereitgestellt	Evtl. Bereitstellung von "best practice" Auswertungsprotokollen für Krebsregisterdaten	Eigene Erhebungen zur Inanspruchnahme Krebsfrüherkennung (mit FG 27) und HPV-Impfung (mit FG 33), evtl. spezifische Rekrutierung von "cancer survivors" oder Angehörigen	Harmonisierung und Weiterentwicklung der Krebsregistrierung, Entwicklung innovativer Wege der Datennutzung (zusammen mit Landeskrebsregistern und anderen)

FG-übergreifende AGs	Health Information System (HIS)	Public Health Surveillance	JoHM Studienregister	RKI Panel	Forschung
<p>Körperliche Gesundheit (FG 25)</p>	<p>Beiträge zum Ausbau von nachhaltigen und niederschwellig nutzbaren Datengrundlagen auf Grundlage der wiss. Vernetzung im Bereich der körperlichen Gesundheit (Krankheitsregister; hausärztliche Versorgungsforschung; Qualitätssicherung in Prävention und Versorgung, z.B. Schwangerschaftsvorsorge und Perinatalstatistik (IQTiG); Disease Management Programme); Erfahrungen mit der Operationalisierung von Indikatoren zur körperlichen Gesundheit auf Basis von GKV-Daten zu Diabetes m. und Long COVID</p>	<p>Beitrag zur Weiterentwicklung eines wiss. Rahmenkonzeptes mit Handlungsfeldern und Kernindikatoren für eine NCD/MH -Surveillance der Abt. 2. als Teil einer PH Surveillance orientiert an internationalen Gesundheitsindikatoren-systemen und Gesundheitszielen (z.B. ECHI, Indikatoren-sätze verschiedener internationaler PH Institute; OECD Gesundheitsindikatoren; WHO Aktionspläne; UN Sustainable Development Goals)</p> <p>Einbringen der Lebensverlaufsperspektive für eine</p>	<p>Studienprotokolle für systematische Bestandsaufnahmen zur Identifizierung von prioritären Public Health Fragen und „evidence gaps“ zur Planung von Datenerhebungen im Rahmen des bundesweiten RKI-Gesundheitsmonitorings/ einer NCD Surveillance</p> <p>Mitarbeit bei der Erarbeitung von Protokollen zur Datenerhebung (OP-Handbuch), Schulungsmaterial, Datenschutz- und Ethikanträgen</p> <p>Studienprotokolle zur dezidierten Planung von Datenanalyse und Ergebnisdissertation für die NCD Surveillance im Bereich der körperlichen Gesundheit</p>	<p>Beiträge zur inhaltlichen Ausgestaltung und strukturellen Mitgestaltung der Datenerhebungen anhand eines Datennutzungs- und Ergebnisdissertationskonzeptes für zentrale Themen einer Public Health Surveillance im Bereich der körperlichen Gesundheit (z.B. notwendiger Umfang und erforderliche Periodizität der Datenerhebungen zu Kernindikatoren für Analysen zeitlicher Trends), Bedarf an Längsschnittstudien (individuelle Verläufe) und Ad-hoc-Studien, ggf. Omnibus-Module zur Beantwortung aktuell drängender Gesundheitsfragen zur körperlichen Gesundheit</p>	<p>GKV-Daten für eine NCD Surveillance (Diabetes, Long COVID, Beiträge zu Burden of Disease)</p> <p>Koordination der Kooperation mit dem Zentrum für die Kasernenärztliche Versorgung (Zi) zur Verknüpfung von ambulanten Versorgungsdaten und Primärdaten in bundesweiten Gesundheitstudien für eine NCD Surveillance (via Einlesen der elektronischen Patientenakte)</p> <p>Unterstützung derzeit in der Abt. 2 anlaufender Machbarkeitsstudien zur Einbindung von Forschungspraxen in eine NCD/MH Surveillance</p> <p>Beitrag von Erfahrungen zur Einbeziehung älterer Menschen in das RKI-Gesundheitsmonitoring (laufendes BMG-Projekt Gesundheit 65+ und voranlaufende BMBF-Projekte)</p>

FG-übergreifende AGs	Health Information System (HIS)	Public Health Surveillance	JoHM Studienregister	RKI Panel	Forschung
		<p>praxisnahe und umsetzungsorientierte NCD Surveillance (z.B. IMOA, Gesundheit 65+; aktuelles BMG-Projekt zum Monitoring der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland in der COVID-19-Pandemie)</p> <p>Beiträge durch Erfahrungen in internationaler und nationaler Gremienarbeit (z.B. OECD, gesundheitsziele.de) und in der Koordination und Moderation von RKI-internen Abstimmungsprozessen abteilungsintern (TAG NCD Surveillance, TAG PH-Surveillance) und</p>			<p>DZHK-Pilotprojekt „Mein Blutdruck“ zur Erprobung Self-Assessments/Self-Measurement in Gesundheitssurveys</p> <p>Kooperationsprojekte mit externen Partnern zur Erstellung systematischer Bestandaufnahmen (Rapid Living Reviews) im 9-Punkte-Plan</p> <p>Methodenprojekte im Rahmen der Diabetes Surveillance (z.B. Surveillance-basierte Modellierungen zukünftiger Entwicklungsszenarien (surveillance-based forecasting) im Bereich Diabetes m.</p>

FG-übergreifende AGs	Health Information System (HIS)	Public Health Surveillance	JoHM Studienregister	RKI Panel	Forschung
		abteilungsübergreifend (Long COVID, Kooperation ZIG/Africa CDC)			
Psychische Gesundheit (FG 26)	Automatisierte Daten-Pipeline und interaktive Darstellungsmedien (Dashboard, Factsheets, Policy Briefs o.ä.) werden entwickelt in Abstimmung mit anderen OE; Ergebnissen zu MHS-Indikatoren werden automatisiert bereitgestellt	Konsentiertere Indikatoren werden in harmonisierter Form in NCD-Surveillance integriert, ausgewertet und interpretiert; Messinstrumente bzw. Formate der Datenerhebung/-nutzung werden weiterentwickelt und angepasst; Routinedatenanalysen werden in Kooperation durchgeführt;	Standardisierte Skripte zur Definition, Berechnung, Stratifizierung und grafischen Darstellung der MHS-Indikatoren werden bereitgestellt	adaptierte Messinventare für MHS-Indikatoren werden bereitgestellt für monatliche Erhebungen sowie vertiefende MH-Module mit höherer Periodizität, evtl. spezifische Rekrutierung/ Nachbefragung von Personen mit besonderen Merkmalen (z.B. psychischen Störungen) Umsetzung von Methoden- und Instrumentenvalidierungsstudien, Längsschnitt- und vertiefende Modulstudien	Datengrundlagen werden methodisch geprüft und erweitert (z.B. Konkordanz/ Diskrepanz von Primär- vs. Sekundärdaten für spezifische Indikatoren u.a. mittels Daten-Linkage) Weiterentwicklung innovativer/digitaler Datenerhebungs- und Auswertungsmethoden (z.B. App-basierte Studien, Nutzung passiver Smartphone-Daten)
Gesundheitsverhalten (FG 27)	Wissenschaftliche Verwertbarkeit der	Health Behaviour Monitoring; inklusive Maßnahmen		Monitoring Gesundheitsverhalten: Tabak,	Weiterentwicklung Indikatoren, besseres Verständnis zu

FG-übergreifende AGs	Health Information System (HIS)	Public Health Surveillance	JoHM Studienregister	RKI Panel	Forschung
	<p>Daten</p> <p>Praxistransfer, inkl. ÖGD, u.a. Akteure der Prävention, Gesundheitsförderung, Gesundheitsversorgung</p> <p>Formate für Politikberatung</p>	<p>zur Prävention und Gesundheitsförderung; Erarbeitung neuer Indikatoren (Gesundheitskompetenz, Motivation, Verhältnisse, Klima, digitale Medien); partizipative Epidemiologie (mit FG28)</p>		<p>Alkohol, Ernährung, Bewegung, BMI einschl. deren Determinanten wie Motivation und Gesundheitskompetenz und Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung; Nutzung von wearable-Daten – Chancen und Risiken</p>	<p>Determinanten des Gesundheitsverhaltens; Entwicklung einer Health Behaviour Surveillance; Analyse von Kontextfaktoren/ Verhältnisbasierten Determinanten; Validierung und Exploration digitaler Datenerhebungen; Motivation zur Verhaltensänderung: Zusammenhang Gesundheits- und Klimaschutzverhalten</p>
<p>Soziale Determinanten der Gesundheit (FG 28)</p>	<p>Beiträge zur Armuts- und Sozialberichtserstattung (im Sinne von Health in all policies)</p> <p>Wissenschaftliche Dissemination</p> <p>Visualisierung gesundheitlicher Ungleichheit</p> <p>Politikberatung, Praxistransfer</p> <p>Qualitative Verfahren</p>	<p>Health Inequality Surveillance</p> <p>Bearbeitung der Soziodemographie und des GISD</p> <p>Entwicklung neuer Indikatoren</p> <p>Betrachtung sozial benachteiligter Populationen</p> <p>Partizipative Epidemiologie</p>		<p>Surveillance gesundheitlicher Ungleichheit und gesundheitlicher Lage sozial Benachteiligter</p> <p>Einbindung schwer erreichbarer Gruppen (z.B. Menschen mit Migrationsgeschichte)</p> <p>Konzeptionelle Unterstützung bei Rekrutierungsstudien zum Einchluss von hard-to-reach Gruppen</p>	<p>Etablierung einer Health Inequality Surveillance (im Rahmen einer PH-Surveillance)</p> <p>Weiterentwicklung von Indikatoren (Soziodemographie, soziale Determinanten auf individueller und regionaler Ebene)</p> <p>Datenanalysen, Theoriebildung, Dissemination in der wissenschaftlichen Community</p> <p>Integration qualitativer und mixed-methods designs</p>

FG-übergreifende AGs	Health Information System (HIS)	Public Health Surveillance	JoHM Studienregister	RKI Panel	Forschung
	zur Präsentation von Ergebnissen/ Ableitung v. Empfehlungen mit spezif. Bevölkerungsgruppen				
Epidemiologisches Daten- und Befragungszentrum (FG 21)	Schnittstellenfunktion			Pflege von Stichprobenkohorten, Panel Management (organisatorische und methodische Leitung), Project Coordination (methodische Beratung, etc.), Survey Operations (z.B. techn. Umsetzung der Fragebögen in versch. Modi), Data Management/Data Quality (Datenzusammenführung, Metadaten, Qualitätssicherung, DS-Bereitstellung)	Methodische Begleitforschung: Weiterentwicklung von Befragungsmethoden, Methodenexperimente, Evaluation der Paneldaten, Panel Conditioning, Ausschöpfung, Nonresponse
Monitorinstudien und Surveymethoden (FG 23)		Methodik zur Erhebung der erforderlichen Primärdaten entwickeln	Erstellung von (Standard-) Studienprotokollen für die Erhebung von Untersuchungsdaten, Rekrutierungsstudien, Machbarkeitsstudien	Mitarbeit bei der Panel-Konzeption mit dem Schwerpunkt Erhebung von Untersuchungsdaten Konzepte der Teilnehmengewinnung und	Methodenforschung: Repräsentativität unterschiedlicher Stichproben, Maßnahmen der Teilnehmenden Gewinnung,

FG-übergreifende AGs	Health Information System (HIS)	Public Health Surveillance	JoHM Studienregister	RKI Panel	Forschung
			<p>Erarbeitung von Protokollen zur Datenerhebung (OP-Handbuch), Schulungsmaterial, Datenschutz- und Ethikanträgen</p>	<p>Teilnehmenden-Bindung (insbesondere schwer erreichbare Gruppen, unterschiedliche Auswahlrahmen)</p> <p>Entwicklung von unterschiedlichen Erhebungsmethoden (Fremdmessungen, Selbstmessungen, Nutzen vorhandener Daten – z.B. smart phones)</p> <p>Aufbau einer Infrastruktur für die Gewinnung von Bioproben, insbesondere Blutproben</p> <p>Langfristig Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und Gesundheitsämtern aufbauen für Probenahmen, Messungen und Transfer von ausgewählten Daten aus Patientenakten</p>	<p>Teilnehmenden-Bindung, Machbarkeits- und Validierungsstudien</p>

FG-übergreifende AGs	Health Information System (HIS)	Public Health Surveillance	JoHM Studienregister	RKI Panel	Forschung
				<p>Machbarkeits-, Methoden- und Validierungsstudien</p> <p>Survey Operations</p> <p>QS-Maßnahmen</p>	
Epidemiologisches Zentrallabor (FG 22)	Schnittstelle, Mitarbeit bei der Erstellung von methodischen Erläuterungen und Beschriftungen	Konzeptionelle Mitarbeit bei der Projektplanung (laborbezogene Gesundheitsindikatoren) und Bioprobenakquise, Durchführung von Messungen im eigenen oder in Fremdlaboren, Probenmanagement, ggf. Etablierung und Validierung/ Verifizierung neuer Messverfahren, Ergebnisdatenmanagement, Biobanking, interne und externe Qualitätssicherung der Messungen,	Laborbezogene Beteiligung an der Erstellung von Studienprotokollen, Datenschutz- und Ethikanträgen	Konzeptionelle Mitarbeit bei der Projektplanung (laborbezogene Gesundheitsindikatoren) und Bioprobenakquise, Durchführung von Messungen im eigenen oder in Fremdlaboren, Probenmanagement, ggf. Etablierung und Validierung/ Verifizierung neuer Messverfahren, Ergebnisdatenmanagement, Biobanking, interne und externe Qualitätssicherung der Messungen, Qualitätsmanagement im akkreditierten Labor und im Zusammenspiel mit Abteilungs-QM	Auswertungen zur Qualität und Konstanz der Labormessungen, Methodenvergleiche, Forschung über verschiedene Verfahren der bevölkerungsbezogenen Referenzwertbildung, Beteiligung an inhaltlichen Auswertungen und Ergebnispublikationen

FG-übergreifende AGs	Health Information System (HIS)	Public Health Surveillance	JoHM Studienregister	RKI Panel	Forschung
		Qualitätsmanagement im akkreditierten Labor und im Zusammenspiel mit Abteilungs-QM			
Interne QS durch die Fachexpertinnen und Fachexperten der FG	Qualitätssichernde Prozessbegleitung, Datenqualitätsanalysen, ggf. normative Qualitätssicherung des Bioprobenmanagements	Qualitätssichernde Prozessbegleitung, Datenqualitätssicherung, ggf. normative Qualitätssicherung des Bioprobenmanagements	Qualitätssichernde Prozessbegleitung, Datenqualitätssicherung	Qualitätssichernde Prozessbegleitung, Datenqualitätssicherung, ggf. normative Qualitätssicherung des Bioprobenmanagements	Qualitätssichernde Prozessbegleitung, Datenqualitätssicherung, ggf. normative Qualitätssicherung des Bioprobenmanagements
QM	Koordination und Steuerung aller qualitätsrelevanten Prozesse				

Anhang 2: Strategische Kooperationen

National:

- Destatis (zentraler Datenhalter für Daten der amtlichen Statistik, IS-GBE)
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (GKV-Daten),
- ZI (ambulante Versorgung)
- AKTIN-Notaufnahmeregister (Notfallversorgung in Krankenhäusern)
- NAKO Gesundheitsstudie (umfassender Datensatz zur Gesundheit der Bevölkerung)
- Bundesländer: Einschulungsuntersuchungen
- DAK-Gesundheit
- Barmer GEK
- zahlreiche universitäre Einrichtungen und Hochschulen in Deutschland (auch projektbezogen)
- ~~• Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie am Universitätsklinikum Würzburg~~
- ~~• Institut für Klinische Epidemiologie und Biometrie der Universität Würzburg~~
- ~~• Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld~~

International:

- Eurostat (Datenhalter für europäische Gesundheitsdaten)
- WHO, OECD (internationale Gesundheitsdaten)
- IHME (Burden of Disease)

Wissenschaftliche Netzwerke

National:

- Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung,
- Netzwerk Evidenzbasierte Medizin,
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF),
- Fachgesellschaften (Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie, Deutsche Gesellschaft für Public Health (DGPH)), Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP))
- Public Health Netzwerk COVID-19
- Deutsches Zentrum Kinder- und Jugendgesundheit
- DFG-Forschergruppe „Health inequalities – a lifecourse approach“

International:

- Cochrane Public Health Europe
- EUPHA (European Public Health Association)
- Netzwerke im Bereich der Krebsregistrierung und Krebs Epidemiologie

Public-Health-Akteure

National:

- BMG
- BZgA (Aufklärung, Information der Öffentlichkeit)
- BAuA

- Länderministerien
- Öffentlicher Gesundheitsdienst (Landesgesundheitsbehörden, Gesundheitsämter)
- Selbstverwaltung im Gesundheitswesen (Bundesärztekammer (BÄK), Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV))
- Gremien und Evaluationsbeirat der Initiative gesundheitsziele.de
- Ressortforschungseinrichtungen (UBA, BfR, MRI)
- Zukunftsforum Public Health

International:

- WHO: NCD Surveillance Strategy
- Cost Action European Burden of Disease Network (Burden-EU-COST)
- European Health Indicator Initiative
- OECD: Mitarbeit in der NCD-Indikatorik (z.B. „Benchmarking on Mental Health Performance“, sowie zentraler Berichte wie „Health at a Glance“)
- Eurostat: Weiterentwicklung des EU-Systems der Gesundheitsdaten (Europäischen Gesundheitsurvey (EHIS), Working Group of Public Health Statistics),
- Europäische Kommission (DG Santé): Mitarbeit an Joint Actions zur Entwicklung einer nachhaltigen Infrastruktur für europäische Gesundheitsdaten (JA Infact)
- IANPHI: Mitgliedschaft in der International Association of National Public Health Institutes

Anhang 3: Drittmittelprojekte der Abteilung (seit 2015)

- Daten-Linkage-Studie zur Einschätzung von Diskrepanzen zwischen Befragungs- und GKV-Routinedaten psychischen Störungen und somatischen NCDs (OptDatPMH) gefördert durch den G-BA Innovationsfonds; Kooperation mit der BARMER Krankenkasse und dem aQua-Institut
- Mitarbeit in DFG-gefördertem DRM INHECOV (FF in FG28) zur Entwicklung sozialer Ungleichheit in der psychischen Gesundheit während der COVID-19-Pandemie
- Konsortial-Projekt „Integrate-ADHD: Vergleich und Integration administrativer und epidemiologischer ADHS-Diagnosedaten durch klinisches Assessment bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland“, Förderer: Innovationsfond; Konsortialführung: RKI; Konsortialpartner: Universitätsklinikum Würzburg, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Vandage GmbH für Gesundheitsforschung, Institut für klinische Epidemiologie und Biometrie der Universität Würzburg, DAK-Gesundheit;
- Mitarbeit im NUM-COMPASS Projekt, interdisziplinäre Kooperation/Zusammenschluss Universitätsmedizin, Wissenschaft und Wirtschaft mit dem Ziel der Entwicklung einer Koordinations- und Technologieplattform für Pandemie-Apps; RKI Arbeitsschwerpunkte: textbasierte Analyse zur Akzeptanz von Pandemie-Apps mittels Appstore-Bewertungen
- CORONA HEALTH App-Studie: Untersuchung der psychischen Gesundheit Erwachsener während der COVID-19-Pandemie; App-basierte Befragung und Erfassung passiver Smartphonedaten (GPS, App-Nutzung); Kooperationsprojekt des RKI mit den Universitäten Würzburg, Ulm und Regensburg
- PH-Forschung und Ergebniskommunikation zu Long COVID – mit Abt. 3, ZBS, P1, externe Kooperationen in Grundlagenforschung, klinischer Forschung, Public Health und Versorgungsforschung, Krankenkassen)
- Aufbau von Surveillance-Strukturen zur Gesundheit von Bewohnern und Bewohnerinnen von Pflegeheimen, mit Abt. 3, externen Kooperationen, Innovationsfondsprojekt
- Psychosoziale Faktoren mit Relevanz für Diabetes-Prävention und Diabetes-Krankheitsverlauf (DZD)
- Pilotprojekt „Mein Blutdruck“ (DZHK)
- Projekt zum „Tracking“ kardiovaskulärer Risikofaktoren im Kindes- und Jugendalter (DZHK)
- Messung der Gesundheitskompetenz von Jugendlichen (MOHLAA), BMBF, 2015 - 2022
- Partizipative Epidemiologie: Von Daten zu Empfehlungen (P&E), BMBF, 2015 - 2021
- Mitarbeit im Forschungsverbund - „DDR Vergangenheit und psychische Gesundheit: Risiko- und Schutzfaktoren“ (BMBF), mit den Universitäten Mainz, Leipzig, Greifswald, DIW
- Mitarbeit in der Forschergruppe - „Understanding the institutional context of health inequalities among young people. A life stage approach (DFG), mit den Universitäten Düsseldorf, Halle, Senftenberg, Mannheim und TU München,
- Regionale sozioökonomische Ungleichheit im Krebsgeschehen in Deutschland (Deutsche Krebshilfe)

- Mitarbeit im Projekt “Groups put at Particular Risk by COVID 19 (GaPRisk)” (DFG), mit dem DIW und der Universität Bielefeld
- OEGD-FORTE (Forschungs-, Trainings-, und Evidenznetzwerk für die Öffentliche Gesundheit) (BMG Förderrichtlinie), gemeinsam mit FG37, Universität Bielefeld, UKE, Gesundheitsämtern, z.B. Hamburg Altona)
- Partizipative Epidemiologie im Forschungsverbund für gesunde Kommunen (Part-KommPlus) mit FG27 und verschiedenen Fachhochschulen (BMBF)
- Partner in der Joint Action Health Equity Europe, gemeinsam mit BZgA und europäischen Partnern
- Externe Qualitätssicherung der NAKO Gesundheitsstudie (BMBF)
- AdvanceGender (BMBF)
- FRAUEN 5.0 – Regionale Versorgung von Frauen ab 50 Jahren durch Fachärztinnen und Fachärzte für Gynäkologie und Allgemeinmedizin in ländlichen Regionen (Innovationsfonds, Konsortialleitung: Charité, Konsortialpartner: RKI)
- Die „Ernährungsstudie als KiGGS-Modul“, EsKiMo II, 2015–2019, BMEL
- Policy Evaluation Network PEN – Netzwerk zur Untersuchung der Effektivität von politischen Maßnahmen zur Lebensstilintervention, 2019-2022, BMBF
- Entwicklung motorischer Leistungsfähigkeit und körperlich-sportlicher Aktivität und ihre Wirkung auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Dtl.: Die MoMo-Längsschnittstudie (BMBF)
- CATINCA - Kapazitäten und Infrastrukturen für die gesundheitspolitische Planung - Stärkung der Informationssysteme für die Berechnung gesundheitsbezogener Summenmaße (BMBF)
- Diab-Psycho2 - Zielgerichtete Prävention und Versorgung von Diabetes hinsichtlich psychosozialer Faktoren (BMBF)
- DDR-Vergangenheit und psychische Gesundheit: Risiko- und Schutzfaktoren (DDR-Psych) (BMBF)
- European Burden of Disease Network (European Cooperation in Science and Technology)
- Institutionelle Kontexte, Gesundheit und gesundheitliche Ungleichheiten bei jungen Menschen, ein Lebensphasenansatz - Familien und gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen (DFG)
- Die Konsequenzen von SARS-COV-2 für gesellschaftliche Ungleichheiten (DFG)
- Regionale sozioökonomische Ungleichheit im Krebsgeschehen in Deutschland (DKH)
- PHIRI Population Health Information Research Infrastructure (EU)
- JAHEE, Joint Action Health Equity Europe (EU)
- optDatPMH – Optimierte Datenbasis für Public Mental Health (GBA)
- Long-term Care Health Surveillance: Etablierung eines Surveillancesystems auf Basis von Sekundärdaten zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung im Pflegeheim (LTCSurv) (GBA/Innovationsfonds)
- BURDEN 2020 - – Die Krankheitslast in Deutschland und seinen Regionen. Grundlagen einer umfassenden Planung im Gesundheitswesen (innovationsfonds)
- GEDA Studie 2019 Saarland (Bundesland Saarland)
- GEDA Studie 2019 Berlin (Bundesland Berlin)

Anhang 4: Arbeitsgruppen in bzw. unter Beteiligung der Abteilung

Arbeitsgruppe	Koordination	Aktuell aktiv	Pläne 2022
AG Geschlecht und Gesundheit	[REDACTED]	ja	Begleitung der Erfassung von Geschlecht im Panel
AG Öffentlichkeitsarbeit	[REDACTED]	ja	Begleitung der Öffentlichkeitsarbeit von Abt. 2; AG-Mitglieder bringen ihre Expertise in die neue AG HIS ein; AG Öffentlichkeitsarbeit geht perspektivisch im HIS auf
AG Output	[REDACTED]	ja	Organisation Abteilungskolloquium (institutsweit öffnen); Betreuung Planungstool
AG Statistik	[REDACTED]	ja	Fortsetzung der Statistischen Beratung; AG-Mitglieder bringen ihre Expertise in die neuen AGs Panel, JoHM-Studienregister und HIS ein
Serostudien-Reviewgruppe	[REDACTED]	ja	AG besteht bis Ende 09/2022 (gebunden an BMG-gefördertes Projekte "Sero-Obs-Corona"); Übergabe der Aufgaben an Abt. 3 ist vorbereitet
Neukonzeption Erhebung von Untersuchungsdaten	[REDACTED]	ja	AG-Mitglieder bringen ihre Expertise in die neuen AGs Panel und PH-Surveillance ein; AG geht in den neuen Strukturen auf
Steuerungsgruppe Serostudien	[REDACTED]	nein	Wurde aufgelöst, weil Abt. 2 im Jahr 2022 keine Serostudien zu SARS-CoV-2 mehr durchführt
KIDA-Steuerungsgruppe (Projekt-AG)	[REDACTED]	ja	AG besteht bis Ende 2022 (gebunden an BMG-geförderte KIDA-Studie)

Arbeitsgruppe	Koordination	Aktuell aktiv	Pläne 2022
TAG Covid-Forschungsvorhaben		nein	AG wird aufgelöst
TAG Dashboard Abt. 2		ja	Start des Dashboards GEDA 2019/2020-EHIS, März 2022; Fortsetzung der Arbeit an einem Dashboard für GEDA 2021; TAG-Mitglieder bringen ihre Expertise in die neue AG HIS ein; TAG Dashboard geht perspektivisch im HIS auf
TAG KI		nein	Aktuell keine konkreten Pläne zur Reaktivierung der TAG KI
TAG PH-Surveillance		ja	TAG geht in der AG PH-Surveillance auf
AG Datenspende		nein	---
AG GEDA		ja	Begleitung/Steuerung GEDA-Studie (bis die neuen Strukturen entspr. Strategiekonzept etabliert sind)
Abteilungsübergreifende AG Migration		ja	Austausch/Vernetzung von Mitarbeitenden, die im RKI zu Migration und Gesundheit arbeiten (aktuelles Arbeitsgebiet: Gesundheit von Geflüchteten aus der Ukraine)
Abteilungsübergreifende Expertengruppe Fachkommunikation		ja	Austausch/Vernetzung von Mitarbeitenden mit Kommunikationsaufgaben im RKI (2017 initiiert vom Präsidenten)
Abteilungsübergreifende IG Partizipation		ja	Austausch/Vernetzung von Mitarbeitenden, die im RKI in partizipativen Projekten arbeiten bzw. am Thema

Arbeitsgruppe	Koordination	Aktuell aktiv	Pläne 2022
			interessiert sind
Abteilungsübergreifende AG Klima und Gesundheit		ja	Austausch/Vernetzung von Mitarbeitenden, die im RKI in Projekten zu Klima und Gesundheit arbeiten bzw. am Thema interessiert sind
AG Reviews		ja	AG bereitet die Arbeitsergebnisse für Publikation und Intranet auf (u. a. Informationen zu Reviewtypen), Abschluss der Tätigkeit Ende 2022 geplant
AG Regio (Regio Lab)		ja	AG geht perspektivisch im HIS auf
AG Gute Praxis räumliche Statistik im Gesundheitswesen		nein	AG ruht
AG Diversity-Konzept		ja	AG bereitet ein Diversity-Konzept vor (2021 initiiert vom Präsidenten)
Abteilungsübergreifende Schreibgruppe für Konzeptentwicklung einer QS der RKI-Forschungsinfrastruktur		ja	Konzept für eine Machbarkeitsstudie wird erarbeitet und für das Managementreview im März 2022 finalisiert

Anhang 5: Abgrenzung von RKI-Panel und NAKO Gesundheitsstudie

Was ist die Zielstellung der NAKO Gesundheitsstudie¹?

Als multidisziplinäre, bevölkerungsbasierte Langzeit-Kohortenstudie hat die NAKO Gesundheitsstudie zum Ziel, **Ursachen von Krankheiten und die Risikofaktoren für verbreitete Krankheiten („Volkskrankheiten“ wie Diabetes, Herz-Kreislauferkrankungen, Krebs, Demenz) zu untersuchen**, um die Früherkennung und Prävention zu verbessern. Der Forschungsgemeinschaft soll eine bislang in Deutschland beispiellose **Datenmenge für Auswertungen zur Verfügung gestellt werden**. Dabei stehen nicht nur Daten zu umfassenden körperlichen Untersuchungen und Befragungen (z.B. zum sozioökonomischen Status, Lebensstil und Umwelteinflüssen), sondern auch Bioproben und MRT-Daten zur Verfügung. Ergänzt werden diese durch Sekundär- und Registerdaten, Mortalitätsdaten und ggf. Tumorgewebe. Validiert werden die Teilnehmendendaten für wesentliche Endpunkte durch Befragung der behandelnden Ärztinnen und Ärzte. Mit diesem großen Datenschatz können Effekte und Interaktionen von genetischer Voraussetzung, Lebensstil und Umwelt umfassend, valide und reliabel ausgewertet werden.

Was kann die NAKO Gesundheitsstudie leisten?

Aufgrund ihrer Ausrichtung kann die NAKO Gesundheitsstudie Folgendes leisten:

- **Umfangreiches Untersuchungsprogramm**
 - Untersuchungen zu vaskulären, kardialen, metabolischen, neurokognitiven, pulmonalen und sensorischen Funktionen
 - Mehrheitlich mit Wiederholungen (z.B. MRT) im Rahmen der Wiedereinladung aller Studienteilnehmenden → longitudinaler Ansatz
- **Hohe Anzahl an Studienteilnehmenden**
 - 2014 - 2019: 205.217 Studienteilnehmende im Alter von 20 - 69 Jahren rekrutiert und untersucht, 30.861 Studienteilnehmende erhielten eine Ganzkörper-MRT-Untersuchung
 - 2018 - 2023 werden alle Studienteilnehmenden erneut zur Teilnahme eingeladen, 135.000 Studienteilnehmende werden erwartet (bis Dezember 2021 waren 66.870 Studienteilnehmende untersucht; 169.152 Studienteilnehmende nahmen an der ersten schriftlichen Nachbefragung teil)
- **Umfangreiche Expertise**
 - Netzwerk aus Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern aus 27 deutschen Wissenschaftsinstitutionen (vier Helmholtz-Zentren, 15 Universitäten, vier Institutionen der Leibniz-Gemeinschaft, vier weiteren Forschungsinstituten Deutschlands)
 - Projektbegleitung durch Dornier Consulting und externe Qualitätssicherung durch ein Team des Robert Koch-Instituts (RKI)

¹ Siehe auch folgende Schwerpunktheft im Bundesgesundheitsblatt:

<https://link.springer.com/journal/103/volumes-and-issues/63-3>

<https://link.springer.com/journal/103/volumes-and-issues/63-4>

- **Verfügbare Bioproben**
 - Weitgehend etabliertes Bioprobenmanagement, d.h. standardisierte Probenentnahme, -Prozessierung und -Lagerung
 - 2/3 der Bioproben jedes Studienteilnehmenden (Blut, Speichel, Nasenabstriche, Urin, Stuhl) lagern in zentraler Biomaterialbank am Helmholtz Zentrum München (Probenauslagerung ist teilweise bereits möglich, weitgehend automatisiert)
 - 1/3 der Bioproben jedes Studienteilnehmenden lagern im jeweiligen Studienzentrum oder einer lokalen Biomaterialbank (als Backup und für lokale Projekte)
 - Tumorgewebebank ist im Aufbau
- An einer **Bereitstellung von qualitätsgesicherten Daten** für zunächst nationale, später internationale Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler über einen TransferHub (onlinebasierte Beantragung der Nutzung von NAKO-Daten und NAKO-Daten-Bereitstellung) wird gearbeitet

Was kann die NAKO Gesundheitsstudie nicht leisten?

Aufgrund ihres multizentrischen Ansatzes mit zusätzlichen dezentralen Infrastruktureinheiten (z.B. für Datenmanagement) und einer Vereinsstruktur als Entscheidungsgremium kann die NAKO Gesundheitsstudie Folgendes nicht leisten:

- **Flexibilität und Schnelligkeit**
 - Flexibilität der NAKO Gesundheitsstudie wird durch die Art der Finanzierung eingeschränkt (bisher fordern Mittelgeber die Konzentration auf Kernelemente der Studie)
 - Vereinsstruktur mit entsprechenden gesetzlichen Vorgaben beschränkt Agilität
 - Prozesse sind in der Regel sehr zeitaufwändig, da es viele Beteiligte und oft keine eindeutig festgelegten Verantwortlichen bzw. Entscheidungsbefugten gibt
 - Die verschiedenen Bundesländer, in denen sich die Studienzentren befinden, haben teilweise individuelle Datenschutz- und Ethik-Anforderungen
 - Die Studienzentren werden durch verschiedene Institutionen betrieben und müssen sich daher an individuelle Vorgaben halten, wodurch die Standardisierung beschränkt ist oder Herausforderungen auftreten, welche zu zeitlichen Verzögerungen beitragen können
 - Nicht finanzierte, dezentrale Durchführung von Arbeitsschritten zur Qualitätssicherung- und Qualitätskontrolle der Daten verzögert die Daten-Bereitstellung erheblich (205K Datensatz, also Baseline-Daten von 2014 - 2019 m.E. immer noch nicht an die Auswertenden ausgeliefert)
 - Es gibt ein festes Studienprotokoll mit wenig finanziellem und zeitlichem Spielraum für Zusatzprojekte; schon das Level1 Programm dauert vier Stunden
- **Repräsentativität**
 - Studienteilnehmende wurden nur über einen Weg rekrutiert

- Der feste Studienteilnehmenden-Kreis kann zu Verzerrungen führen (z.B. vor allem gesundheitsbewusste Menschen nehmen teil, vulnerable Gruppen werden nicht explizit angesprochen, Interventionseffekte der NAKO-Teilnahme)
- Die NAKO-Kohorte ist nicht bundesweit repräsentativ, Hessen, Rheinland-Pfalz, Thüringen sind gar nicht vertreten ('blinder Gürtel'), daher finanziert Rheinland-Pfalz die große Gutenberg-Health-Study
- Durch die 18 Studienzentren² wird keine deutschlandweite Abdeckung erzielt
- Studienzentren befinden sich überwiegend in deutschen Großstädten, so dass kleinen Städte und der ländliche Raum sehr begrenzt abgedeckt sind
- Keine Betrachtung von Kindern, Jugendlichen und Hochaltrigen (Kinderkohorte wurde schon öfter angedacht, war jedoch bisher nicht umsetzbar)
- Studienteilnehmende müssen über ausreichend sprachliche Deutsch-Kenntnisse verfügen (Dolmetscher sind zugelassen)
- **Verstetigung ungewiss**
 - NAKO-Verstetigung (nachhaltige Infrastruktur mit langfristiger Governance- und Finanzierungsperspektive) wird angestrebt, jedoch sind Finanzierung und tatsächliche Umsetzung bislang unklar
 - 3. Förderphase ab Mai 2023; Anträge mussten bis 15.02.2022 eingereicht werden, mit einer Entscheidung ist erst im Spätsommer 2022 zu rechnen
 - Abgänge qualifizierten Personals durch befristete Arbeitsverträge
 - Kohorte wird über die Zeit zu klein (zunehmende Todesfälle, sonstige Abgänge), es gibt bislang keine Stichprobenauffrischung

Was kann das RKI-Panel leisten?

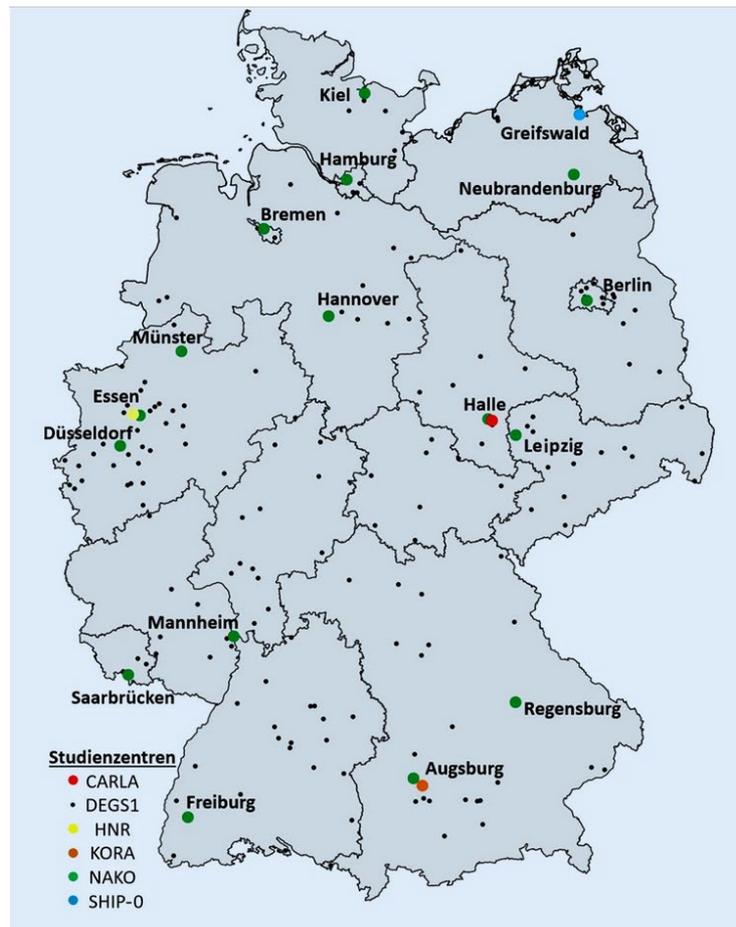
Aufgrund der Ausrichtung eines Panels, ist die wissenschaftliche Zielrichtung mit einer Kohortenstudie nur bedingt vergleichbar. Ein RKI-Panel überzeugt vor allem durch:

- **Flexibilität und Schnelligkeit**
 - Da Studienprotokoll und feststehender Workflow vorliegen, inkl. Datenschutz, sind Datenerhebungen zu sehr unterschiedlichen Fragestellungen, für diverse Zielgruppen und für aktuelle Themenbezüge sehr schnell umsetzbar
 - Entsprechend stehen sehr schnell bereinigte und gewichtete Daten zur Verfügung (z.B. sind die Daten der GEDA-Befragungen vom November 2021 jetzt schon bereitgestellt)
 - Datenqualität liegt in zentraler Hand des RKI
- **Repräsentativität, Power, Zielgruppenansprache**
 - Panel kann verschiedene Zugänge nutzen (Zufallsstichprobe, Stichproben bestimmter Gruppen, Clusterstichproben etc.)
 - Diversität der Gesellschaft kann mit Panel berücksichtigt werden

² Augsburg, Berlin-Mitte, Berlin-Nord, Berlin-Süd/Brandenburg, Bremen, Düsseldorf, Essen, Freiburg, Halle, Hamburg, Hannover, Kiel, Leipzig, Mannheim, Münster, Neubrandenburg, Regensburg und Saarbrücken

- Anzahl der Studienteilnehmenden sind durch Panel größer (z.B. durch Teilnehmende der Datenspende-App erreichbar, ggf. Einbindung von CWA-Teilnehmenden)
- Querschnitts- und Längsschnittuntersuchungen sind gleichermaßen möglich
- In ein Panel können Personen nachrekrutiert werden, wodurch der Alterungseffekt keine wesentliche Rolle spielt

Abbildung: Studienzentren der NAKO-Gesundheitsstudie



Fazit

Die NAKO erhebt wertvolle Daten, die Public Health-Relevanz haben, allerdings nur über einen Teil der Bevölkerung (z.B. Rheinland-Pfalz, Hessen und Thüringen nicht vertreten, Alter aktuell ca. 25 – 75 Jahre, ländliche Bevölkerung kaum abgebildet, geringe Diversität). Neue und zeitkritische Public-Health-Themen/Datenbedarfe in Krisensituationen können nicht adäquat adressiert werden (bereits voller Tanker mit festgelegtem Kurs und komplexen Entscheidungsstrukturen). Diese Public Health Responsiveness ist bei der NAKO geringer als bei dem alten RKI-Gesundheitsmonitoring. Ein Öffnen des RKI-Panels für NAKO-Teilnehmende (auch je nach weiterer Verstetigungs-Perspektive der NAKO) wäre interessant.